

Université de Sherbrooke

Enquête québécoise sur les compétences de
l'infirmière praticienne en soins d'urgence

par

Manon Fabi

Département des sciences infirmières
Faculté de médecine

Mémoire présenté à la Faculté de médecine
en vue de l'obtention du grade de
Maître ès sciences (M.Sc.)
en sciences cliniques
(option sciences infirmières)

Août 2003

©Manon Fabi



Library and
Archives Canada

Bibliothèque et
Archives Canada

Published Heritage
Branch

Direction du
Patrimoine de l'édition

395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Your file Votre référence

ISBN: 0-494-00249-2

Our file Notre référence

ISBN: 0-494-00249-2

NOTICE:

The author has granted a non-exclusive license allowing Library and Archives Canada to reproduce, publish, archive, preserve, conserve, communicate to the public by telecommunication or on the Internet, loan, distribute and sell theses worldwide, for commercial or non-commercial purposes, in microform, paper, electronic and/or any other formats.

The author retains copyright ownership and moral rights in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

AVIS:

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque et Archives Canada de reproduire, publier, archiver, sauvegarder, conserver, transmettre au public par télécommunication ou par l'Internet, prêter, distribuer et vendre des thèses partout dans le monde, à des fins commerciales ou autres, sur support microforme, papier, électronique et/ou autres formats.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms may have been removed from this thesis.

Conformément à la loi canadienne sur la protection de la vie privée, quelques formulaires secondaires ont été enlevés de cette thèse.

While these forms may be included in the document page count, their removal does not represent any loss of content from the thesis.

Bien que ces formulaires aient inclus dans la pagination, il n'y aura aucun contenu manquant.


Canada

Université de Sherbrooke
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé

Enquête québécoise sur les compétences de
l'infirmière praticienne en soins d'urgence

présenté par

Manon Fabi, inf., B.Sc.

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Isabelle Reeves, inf., Ph.D, directrice de recherche
Denise St-Cyr Tribble, Ph.D., co-directrice de recherche
Édith Côté, inf., M.Sc., membre du jury
Ginette Provost, inf., M.Sc., Ph.D.(c), membre du jury

Table des matières

Table des matières.....	i
Liste des illustrations	iv
Résumé.....	v
Introduction.....	1
Chapitre I : Problématique	3
1.1 Problématique	3
1.2 But de l'étude.....	11
1.3 Cadre de référence	12
Chapitre 2: Recension des écrits.....	20
2.1 Écrits professionnels	20
2.1.1 Évolution des soins infirmiers d'urgence au Québec	20
2.1.2 Origine du rôle de l'infirmière praticienne aux États-Unis et au Canada et contexte de pratique	25
2.1.3 Rôles et compétences de l'infirmière praticienne en soins d'urgence.....	30
2.2 Études empiriques portant sur l'infirmière praticienne en soins d'urgence	37
2.3 Programmes de formation de l'infirmière praticienne en soins d'urgence.....	40
Chapitre 3: Méthodologie	47
3.1 Devis	47
3.2 Définition des variables	47
3.2.1 Variables principales.....	47
3.2.2 Variables secondaires.....	49
3.3 Population-cible	51
3.3.1 Échantillon.....	51
3.3.2 Critères d'inclusion	52
3.4 Instruments de recherche	53

3.4.1	<i>Questionnaire des renseignements sociodémographiques</i>	53
3.4.2	<i>Élaboration du questionnaire d'enquête auto-administré</i>	54
3.5	Consistance interne du questionnaire d'enquête	58
3.6	Déroulement de la collecte des données	59
3.7	Considérations éthiques	60
3.8	Analyse des données	61
Chapitre 4: Présentation des résultats		64
4.1	Profil des répondantes	64
4.2	Résultats d'enquête sur les connaissances, les habiletés et les attitudes	69
4.2.1	<i>Analyses descriptives</i>	69
4.2.2	<i>Analyses comparatives</i>	79
Chapitre 5 : Discussion des résultats et recommandations		85
5.1	Représentativité de l'échantillon par rapport à la population infirmière du Québec	85
5.2	Valorisation des connaissances, des habiletés et des attitudes en soins d'urgence	88
5.3.1	<i>Analyses descriptives</i>	88
5.3.2	<i>Analyses comparatives</i>	96
5.4	Forces de l'étude	100
5.5	Limites de l'étude	101
5.6	Retombées anticipées et recommandations	102
Conclusion		105
Remerciements		107
Références		108
ANNEXE A		114
ANNEXE B		122
ANNEXE C		123

ANNEXE D	126
ANNEXE E.....	127
ANNEXE F	128

Liste des illustrations

TABLEAU 1	65
TABLEAU 2	66
TABLEAU 3	67
TABLEAU 4	68
TABLEAU 5	70
TABLEAU 6	74
TABLEAU 7	77
HISTOGRAMME 1.....	78
TABLEAU 8	80
TABLEAU 9	81
TABLEAU 10	82
TABLEAU 11	83

Résumé

Les difficultés organisationnelles dans lesquelles sont plongés les services de soins d'urgence au Québec ont motivé l'élaboration d'une étude portant sur une nouvelle pratique infirmière au Québec, l'infirmière praticienne en soins d'urgence. Ailleurs en Amérique du Nord, cette pratique infirmière avancée a été reconnue comme un moyen efficace pour améliorer la qualité des soins et l'accessibilité aux soins dispensés à la clientèle notamment dans les services de soins d'urgence.

Sensibilisée aux réalités des soins d'urgence dans les hôpitaux montréalais, l'auteure est en mesure de saisir l'importance pour l'infirmière de soins d'urgence de posséder des connaissances et des habiletés avancées en vue de répondre aux besoins cliniques complexes. La pratique de l'infirmière praticienne requiert des connaissances et des habiletés approfondies en sciences infirmières et en sciences médicales lui permettant de jouer un rôle autonome au cœur du système de soins. Toutefois, cette pratique est peu développée au Québec.

Cette étude exploratoire de type transversal a pour but de connaître la perception des infirmières œuvrant en soins d'urgence au Québec sur les connaissances, les habiletés et les attitudes qu'elles jugent nécessaires pour exercer en tant qu'infirmière praticienne en soins d'urgence. Le questionnaire d'enquête a été développé à l'aide d'une étude approfondie de la littérature sur le rôle de l'infirmière praticienne et il a été soumis à des

experts pour une validation de contenu. Un nombre de 74 répondantes sur 139 visées ont répondu à l'enquête donnant un taux de réponses de 53,2 %.

Des analyses descriptives et comparatives des données ont été réalisées et les résultats permettent de tracer un portrait global de la perception de l'échantillon. En général, les répondantes considèrent que le rôle de l'infirmière praticienne requiert des connaissances et des habiletés approfondies en sciences infirmières et sciences médicales et exige une prudence professionnelle de la part de l'infirmière praticienne. Les résultats démontrent également que peu d'importance est attribuée par les répondantes à l'égard des activités médicales à caractère plus technique et invasif.

Cette étude offre des avenues intéressantes de recherche telle que l'étude des besoins de formation de l'infirmière praticienne en soins d'urgence dans le but d'élaborer un programme de formation ajusté à la réalité du milieu clinique de l'urgence.

C'est dans cette optique de développement du rôle de l'infirmière praticienne en soins d'urgence au Québec qu'a été menée cette étude visant à approfondir l'état des connaissances à l'égard des compétences nécessaires à l'infirmière praticienne en soins d'urgence.

Introduction

Le contexte actuel des soins d'urgence au Québec est marqué par plusieurs changements à la source de la difficulté qu'ont les infirmières¹ et les autres professionnels de la santé de maintenir la qualité et l'accessibilité aux soins. Cette vague de transformations sur les plans organisationnel et technique exige des infirmières qu'elles possèdent des connaissances et des habiletés plus poussées afin de répondre aux besoins de plus en plus complexes de la clientèle.

L'intégration de l'infirmière praticienne semble un moyen intéressant en vue d'améliorer la situation des services de soins d'urgence au Québec. Mais encore faut-il que cette infirmière soit préparée adéquatement et qu'elle possède les compétences nécessaires requises pour cette pratique.

La présente étude s'intéresse à la pratique de l'infirmière praticienne en soins d'urgence au Québec. Elle traite des connaissances, des habiletés et des attitudes nécessaires à l'exercice de cette infirmière. La pratique infirmière avancée requiert des compétences approfondies en sciences infirmières permettant de repousser les frontières du savoir infirmier.

1. Tout au long de cette enquête, le féminin est utilisé sans préjudice et seulement pour alléger la présentation.

De nombreuses études ont démontré les retombées favorables de la pratique de l'infirmière praticienne sur l'amélioration de la qualité des soins dans la prestation des soins et des services à la clientèle (Hamric, A. B., Spross, J. A., Hanson, C. M., 2000 ; Cooper, M. A., Lindsay, G. M., Kinn, S., Swann, I. J., 2002 ; Cole, F. L., Ramirez, E., 2000a). Toutefois, il existe une lacune dans l'état des connaissances concernant le rôle de l'infirmière praticienne en ce qui a trait aux compétences nécessaires pour exercer à titre d'infirmière praticienne en soins d'urgence. Cette enquête québécoise tentera d'identifier ces variables.

Le premier chapitre présente les raisons à l'origine de l'élaboration de cette étude, le but visé ainsi que le cadre de référence sur lequel elle s'appuie. Le deuxième chapitre fait d'abord état de l'évolution des soins infirmiers d'urgence au Québec, puis, recense les écrits professionnels sur le rôle de l'infirmière praticienne, les études empiriques spécifiques au rôle de l'infirmière praticienne en soins d'urgence ainsi que les écrits provenant de certains programmes de formation américains et canadiens s'adressant à cette infirmière. Le troisième chapitre explique en détail la méthodologie de recherche utilisée pour la réalisation de cette étude. Le chapitre quatre présente les résultats de l'enquête à partir de différentes illustrations. Enfin, le chapitre cinq fournit l'interprétation des résultats obtenus en lien avec le but de l'étude et les différents écrits antérieurs. Ce dernier chapitre relate également les forces et les limites de l'étude et propose des recommandations pour des recherches futures. Une conclusion permet de résumer les principales retombées de l'étude et ses implications pour le développement de la profession infirmière.

Chapitre I : Problématique

1.1 Problématique

L'infirmière praticienne, traduit de l'appellation anglaise "Nurse Practitioner", relève du concept de la pratique infirmière avancée (Hamric et al., 2000). Les auteurs en sciences infirmières, à l'échelle internationale, ne s'entendent guère sur une définition commune de la pratique infirmière avancée. Pour la majorité, toutefois, elle est considérée comme l'application de connaissances et d'habiletés spécifiques à un domaine d'activités cliniques intégrées à partir de la réussite d'un programme de formation théorique et clinique de maîtrise en sciences infirmières (Hamric et al., 2000 ; Association des infirmières et infirmiers du Canada, (AIIC), 2000 ; Hickey, J. V., Ouimette, R. M., Venegoni, S. L., 2000). Les auteurs reconnaissent tous que la pratique infirmière avancée est un terme parapluie regroupant quatre orientations de pratique distinctes : l'infirmière praticienne, l'infirmière clinicienne spécialisée, l'infirmière anesthésiste ainsi que l'infirmière sage-femme. Plusieurs auteurs soutiennent que la pratique de l'infirmière de pratique avancée ne se caractérise pas seulement par le fait de faire plus d'activités cliniques mais également par la façon d'utiliser le jugement clinique. Ce dernier s'appuie sur des connaissances et des habiletés spécialisées plutôt que sur l'exécution d'un rôle. L'infirmière de pratique avancée adopte une attitude de leadership et de motivation afin de contribuer de façon significative à l'amélioration de la qualité et de l'accessibilité des soins et services (Hamric et al., 2000 ; Hickey, Ouimette et Venegoni, 2000).

L'American Nurses Association (ANA) (1996) définit la pratique infirmière avancée comme une pratique autonome qui va au-delà des frontières de la discipline infirmière. L'infirmière en pratique avancée se distingue par sa capacité à développer et à utiliser des stratégies de prises de décisions par le biais de ses connaissances et de ses habiletés approfondies afin de résoudre des problèmes cliniques complexes et à collaborer avec les autres professionnels.

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) (2000) définit, dans son cadre national, la pratique infirmière avancée comme suit :

« Cette pratique réfère à un niveau de pratique avancée qui maximise l'utilisation des connaissances et habiletés infirmières approfondies dans le but de répondre aux besoins de santé des clients (individus, familles, groupes, populations ou communautés entières). De cette façon, la PIA repousse les frontières du champ d'exercice de la profession infirmière et contribue au savoir infirmier et à l'avancement de la profession infirmière². » (p.1)

En Amérique du Nord, le concept de la pratique infirmière avancée s'est développé à partir du concept de la spécialisation à la fin du dix-neuvième siècle. Son ascension repose depuis sur le besoin d'améliorer la qualité des soins et des services offerts à la population (Hamric et al., 2000). De façon plus spécifique, la venue de l'infirmière praticienne date de la fin des années 60 et le début des années 70 (Hamric et al., 2000). À cette époque, la pénurie de médecins dans certains secteurs d'activités médicales ainsi que les besoins grandissants de soins de santé primaires de la clientèle, vivant dans des régions moins bien desservies, ont initialement motivé le développement de cette pratique infirmière. Depuis lors, les infirmières praticiennes ont fait face à de nombreuses

difficultés telles que l'absence de mécanismes de rémunération, la réticence de certains médecins, le manque d'emplois à la hauteur de leurs compétences, remettant en doute leur rôle professionnel. Malgré ces obstacles, les infirmières praticiennes œuvrent actuellement dans plusieurs spécialités d'un bout à l'autre de l'Amérique du Nord.

L'American Academy of Nurse Practitioners (AANP) (2002) décrit l'infirmière praticienne comme une infirmière possédant une formation du niveau maîtrise en sciences infirmières et détenant une expertise clinique dans un domaine de spécialité. Cette pratique d'expertise et de spécialisation s'appuie sur des connaissances et des habiletés approfondies relevant de la discipline infirmière et d'autres disciplines connexes (par exemple, la médecine, la pharmacologie,...) mais également sur une expérience clinique soutenue. L'infirmière praticienne fournit des informations sur la promotion de la santé et la prévention de la maladie à des individus de tout âge et à leur famille leur permettant ainsi de prendre des décisions éclairées concernant leur santé. Elle prodigue des soins de santé complets à l'ensemble de la société. Elle procède à l'examen clinique comprenant l'histoire médicale et l'examen physique, pose un diagnostic, prescrit des médicaments et des traitements et traite les personnes présentant des problèmes de santé aigus et chroniques. Elle fait également un suivi de santé et encourage la prise en charge de sa santé par l'individu à travers l'enseignement et la consultation. Elle œuvre dans différents secteurs cliniques tels que les cliniques de soins ambulatoires, les soins critiques et les soins de longue durée (AANP, 2002).

L'AIIC (2002b) définit l'infirmière praticienne comme suit :

« Une infirmière autorisée dont la pratique est axée sur la prestation de services afin de gérer les besoins sanitaires de personnes, de familles, de groupes et de collectivités. Le rôle de l'infirmière praticienne repose sur les valeurs, le savoir, les théories et la pratique de la profession infirmière et complète celui d'autres prestataires de soins de santé au lieu de le remplacer. Les infirmières praticiennes intègrent dans leur pratique des activités qui consistent notamment à diagnostiquer et traiter des problèmes de santé et à prescrire des médicaments. Les infirmières praticiennes travaillent en autonomie, depuis le lancement du processus de soins et la surveillance des résultats sanitaires jusqu'à la collaboration avec d'autres professionnels de la santé. Les infirmières praticiennes exercent la profession dans toutes sortes de collectivités, de concepts de soins actifs et de longue durée, qui comprennent notamment les suivants : centres de santé communautaire, postes de soins infirmiers en région éloignée, cliniques et services spécialisés, services d'urgence et établissement de soins de longue durée.³ » (p.1)

Au Québec, la pratique infirmière avancée a été développée surtout à travers le rôle de l'infirmière clinicienne spécialisée. Cette dernière est habituellement détentrice d'une maîtrise en sciences infirmières et possède une expertise dans un domaine de spécialité clinique spécifique. Elle exerce un rôle de leadership à travers le développement de nouvelles pratiques, l'élaboration et l'implantation de programmes et de nouveaux protocoles de soins et l'enseignement à la clientèle et aux infirmières. De plus, elle utilise les résultats probants issus de recherches pour améliorer la pratique infirmière et la qualité des soins offerts à la clientèle. En étroite collaboration avec l'équipe multidisciplinaire, elle fait des recommandations aux médecins en regard du plan thérapeutique médical (Hickey, Ouimette et Venegoni, 2000)⁴. Contrairement à l'infirmière praticienne, l'infirmière clinicienne spécialisée consacre entre 15 % à 25 % de son temps à des fonctions cliniques, c'est-à-dire, à prodiguer des soins directs à la clientèle.

3. Traduction libre

Jusqu'à présent, la pratique de l'infirmière praticienne est toujours absente dans le système de santé du Québec. Il existe peu de documentation sur le rôle, les fonctions et les compétences de l'infirmière praticienne à l'échelle de la province et peu d'information quant à la perception des infirmières québécoises sur l'exercice professionnel de cette dernière. Déjà en 2001, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) proposait une définition pour illustrer cette nouvelle pratique : « en collaboration avec le médecin, l'infirmière praticienne évalue l'état de santé physique et mentale de la personne, diagnostique, prescrit et traite. Elle assure également le suivi du plan thérapeutique infirmier et médical de la personne se présentant avec des problèmes de santé chroniques et aigus stables. De façon générale, elle accorde entre 70 % et 80 % de son temps à la pratique clinique » (OIIQ, 2001).

Les écrits récents sur la profession infirmière au Québec relatent des faits marquants soulevant la nécessité de développer de nouveaux rôles spécialisés pour les infirmières en vue de les habilitier à mieux répondre aux besoins de santé de plus en plus complexes de la population. À titre d'exemple, en 1996, les États généraux de l'OIIQ soulèvent l'intérêt de développer de nouvelles pratiques infirmières dans des domaines de soins spécialisés, notamment celle de l'infirmière praticienne. Également, en 1997, le départ précipité à la retraite de nombreuses infirmières ayant acquis des compétences spécifiques à leur domaine de spécialité, a fait réaliser aux diverses instances organisationnelles et décisionnelles l'importance pour les infirmières de posséder des connaissances et des habiletés plus poussées dans leur domaine de pratique clinique.

Dans cette même foulée, en 1999, suite au *Forum sur la situation dans les urgences au Québec*, un groupe d'experts en organisation clinique (GEOC, 1999) a recommandé notamment de prendre des mesures pour favoriser la formation des infirmières en soins d'urgence afin de leur permettre d'approfondir leurs connaissances et leurs habiletés dans leur champ d'activité clinique. De plus, il a recommandé d'entreprendre l'étude des modalités menant au développement du rôle de l'infirmière praticienne en soins d'urgence. Selon ces experts, ces actions permettraient d'assurer la présence de personnels infirmiers qualifiés contribuant à l'amélioration de la qualité des soins, de l'accessibilité et de la continuité des soins et des services à la clientèle.

À l'instar du *Forum sur la situation dans les urgences au Québec*, la Commission Clair (2000) a recommandé d'intégrer des infirmières praticiennes dans les groupes de médecine de famille de première ligne ainsi que dans certains domaines de spécialité clinique. Déjà à l'heure actuelle, des infirmières possédant une expertise en néonatalogie et ayant réussi une formation d'infirmière praticienne en néonatalogie aux États-Unis et en Alberta exercent, dans le cadre d'un projet pilote, à titre d'infirmière praticienne à l'Hôpital de Montréal pour enfants et à l'Hôpital Sainte-Justine. Des responsables des domaines de spécialité de la cardiologie et de la néphrologie travaillent ardemment, en collaboration avec l'OIIQ et le Collège des médecins du Québec (CMQ), à l'introduction des infirmières praticiennes au cœur de leur pratique clinique.

Nous sommes à même de constater que depuis la dernière décennie, les changements sociodémographiques que subit le système de santé québécois tels que le vieillissement

de la population, l'augmentation des maladies chroniques, la présence de pathologies multiples entraînant de multiples réhospitalisations et la progression constante de la technologie, accroissent la complexité des soins. Dans le même ordre d'idées, l'augmentation du volume d'utilisation des services et le contexte de pénurie médicale et infirmière affectent l'accessibilité aux soins et aux services ainsi que la réponse aux besoins de santé de la population (Gouvernement du Québec, 1999a ; Desrochers, J. 1999 ; OIIQ, 1995). Les services d'urgence du Québec se trouvent perturbés par l'augmentation des délais d'attente, l'espace restreint brimant l'intégrité et la sécurité de la clientèle, ainsi que la difficulté à assurer la continuité des soins (Gouvernement du Québec, 1999a ; Desrochers, 1999). De plus, les besoins de la clientèle présentent des scénarios cliniques de plus en plus complexes et requièrent des soins plus spécialisés. Le contexte de soins actuel dans les services d'urgence engendre une augmentation des responsabilités des infirmières. Elles doivent faire preuve d'un plus haut niveau d'autonomie et d'imputabilité professionnelle. Ces dernières requièrent donc l'acquisition de connaissances et d'habiletés plus poussées (OIIQ, 2001).

Dans son étude portant sur le développement du rôle de l'infirmière praticienne en soins d'urgence, (Tye, C.C., 1997) relève que la pratique de l'infirmière praticienne semble être une pratique reconnue pour améliorer la qualité des soins prodigués aux individus se présentant aux services de soins d'urgence. L'approche holistique de l'infirmière praticienne, sa capacité à enseigner les soins de santé et les procédures thérapeutiques, ainsi que la diminution du temps d'attente représentent des facteurs importants d'appréciation de la part de la clientèle des services d'urgence. Selon cet auteur, l'infirmière praticienne en soins d'urgence nécessite une formation de niveau maîtrise en

sciences infirmières et en sciences médicales afin d'être en mesure de répondre aux exigences complexes de son rôle.

Pour sa part, le contexte juridique actuel semble une opportunité sans précédent pour le développement du rôle de l'infirmière praticienne au Québec. Le 14 juin 2002, le projet de loi n° 90 portant sur la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*⁵ fut adopté. La mise en vigueur de cette nouvelle loi, le 30 janvier 2003, actualise les champs de pratique de 11 professions du domaine de la santé. Elle permet à la profession infirmière ainsi qu'aux autres professions concernées d'utiliser leurs compétences selon la finalité de leur champ d'exercice et selon leur niveau de connaissances et d'habiletés afin de prodiguer de meilleurs soins à la clientèle. Plus spécifiquement, cette nouvelle loi permettra à l'infirmière praticienne œuvrant dans des secteurs d'activités cliniques spécialisés d'exercer cinq activités traditionnellement réservées à la discipline médicale : 1) prescrire des examens diagnostiques ; 2) utiliser des techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudice ; 3) prescrire des médicaments et d'autres substances ; 4) prescrire des traitements médicaux ; 5) utiliser des techniques ou appliquer des traitements médicaux, invasifs ou présentant des risques de préjudice. Cette nouvelle législation est donc un premier pas dans la concrétisation de l'implantation du rôle de l'infirmière praticienne au Québec.

Enfin, le contexte actuel de soins de santé au Québec démontre bien la pertinence de développer le rôle de l'infirmière praticienne en soins d'urgence. Ces infirmières seraient

appelées à occuper des rôles d'envergure dans le réseau de la santé et à contribuer de façon considérable à l'amélioration de la qualité des soins et des services desservis à la population québécoise. Elles se doivent toutefois d'être bien préparées et de posséder les connaissances et les habiletés approfondies ainsi que les attitudes nécessaires en vue de répondre aux besoins de santé de la population. Les auteures de la présente étude considèrent essentiel de reconnaître l'opinion des infirmières exerçant actuellement en soins d'urgence afin de s'assurer que le développement de ce nouveau rôle colle à la réalité des milieux de soins cliniques québécois et d'optimiser la formation des infirmières praticiennes en soins d'urgence.

1.2 But de l'étude

En vue de contribuer au développement du rôle de l'infirmière praticienne en soins d'urgence au Québec, cette étude a pour but de faire connaître la perception des infirmières québécoises œuvrant en soins d'urgence quant aux connaissances, aux habiletés et aux attitudes qu'elles jugent nécessaires à l'exercice de cette nouvelle pratique infirmière.

1.3 Cadre de référence

Cette étude s'appuie sur le « Cadre national de la pratique infirmière avancée au Canada » élaboré par l'AIIC en 2000 et révisé en 2002.

Selon l'AIIC (2002a), les changements majeurs subis par le système de santé canadien ouvrent la porte à la profession infirmière pour créer de nouveaux rôles et repousser les frontières de l'exercice. Différentes situations interpellent les infirmières détenant des connaissances et des habiletés particulières : les besoins en soins de santé primaires, les nouveaux modèles de collaboration clinique, le déplacement de la clientèle des institutions vers les soins communautaires, et l'avancement des technologies. Tout au long de leur cheminement professionnel, les infirmières progressent sur le continuum de l'expérience et de l'éducation et acquièrent des compétences supplémentaires leur permettant de contribuer à l'évolution du système de santé. C'est pourquoi, l'AIIC (2002a) considère qu'il est primordial de développer de nouveaux rôles infirmiers afin de promouvoir l'excellence des soins centrés sur les besoins de la personne.

Considérant cette volonté nationale de développer de nouveaux rôles dans la discipline infirmière, notamment en pratique infirmière avancée, le conseil d'administration de l'AIIC, en collaboration avec la Canadian Association of Advanced Practice Nurses (AAPN) et l'Association canadienne des écoles universitaires de nursing (ACEUN), a préconisé l'élaboration d'un cadre conceptuel qui représente la pratique infirmière

L.Q. 2002, c. 33. Cette loi entrera en vigueur par décret gouvernemental à l'automne 2002.

avancée dans son sens le plus général (AIIC, 2000 ; Annexe A). C'est à partir de modèles de recherches empiriques et de divers travaux provenant d'auteurs tels que Hamric et al. (2000), Benner, P. E. (1984), l'American Nurses Association (1996), Davies et Hughes (1995) ainsi que différentes organisations provinciales canadiennes que l'AIIC et ses collaborateurs ont développé le Cadre national pour la pratique infirmière avancée au Canada. Ce cadre offre une vision globale de la pratique infirmière avancée.

C'est en juin 1999 que les membres directeurs de l'AIIC ont approuvé le Cadre national de la pratique infirmière avancée. L'objectif de l'AIIC est de veiller à l'avancement de la profession infirmière afin de protéger le public. Ce cadre se veut un guide du développement continu de la pratique infirmière avancée au Canada et, dans cette perspective, il a été élaboré en lien avec les balises servant au développement de la pratique infirmière avancée à l'échelle mondiale.

Pour les besoins de cette étude, le Cadre national de la pratique infirmière avancée a été retenu principalement en raison de sa vision globale du concept de la pratique infirmière avancée ainsi que pour sa description de la notion de compétence. Ces dernières nous ont particulièrement guidés dans la sélection des énoncés de connaissances, d'habiletés et d'attitudes lors de l'élaboration du questionnaire d'enquête.

Sept éléments clés composent le cadre national de la pratique infirmière avancée : les postulats, la définition et les caractéristiques, les compétences, la formation, les domaines de pratique, les rôles et la législation.

Postulats

Le cadre national de la pratique infirmière avancée est basé sur deux postulats : 1) la pratique infirmière avancée provient entièrement de la discipline infirmière laquelle est dynamique et flexible ; 2) c'est l'application de connaissances avancées en soins infirmiers qui détermine que la pratique infirmière est de niveau avancé et non l'ajout de fonctions provenant d'autres professions.

Définition et caractéristiques

Le cadre national de l'AIIC (2000) définit la pratique avancée comme suit : « Ce terme décrit un niveau avancé de pratique infirmière qui maximise l'utilisation des connaissances et habiletés approfondies de la discipline infirmière dans le but de combler les besoins de santé de la clientèle (individus, familles, groupes, populations, ou l'entière communauté » (p.4).

Le cadre national de la pratique infirmière avancée de l'AIIC (2000) présente certaines caractéristiques :

- « C'est une pratique d'expertise et de spécialisation fondée à partir de connaissances provenant des théories infirmières et d'autres fondements théoriques, de l'expérience et de la recherche ;
- Elle implique l'utilisation délibérée, réfléchie et intégrée de connaissances, de recherches et d'expertises cliniques approfondies de la discipline infirmière. Elle implique également l'intégration de connaissances provenant d'autres disciplines dans la pratique infirmière ;
- Elle requiert des connaissances approfondies et étendues qui permettent à l'infirmière d'utiliser des stratégies en constante évolution afin de répondre aux besoins complexes de la clientèle ;
- Elle inclut l'habileté d'expliquer les fondements théoriques, empiriques, éthiques et expérimentaux de la pratique infirmière ;

- Elle contribue à la compréhension et au développement des connaissances infirmières à travers l'implication en recherche et par l'évaluation et l'utilisation de résultats de recherche significatifs ;
- Elle influence la pratique des infirmières en clinique en facilitant l'intégration des connaissances provenant de la recherche ;
- Elle comporte la planification, la coordination, la mise en œuvre et l'évaluation de programmes par le partenariat et la collaboration intersectorielle dans le but de répondre aux besoins de la clientèle ;
- Elle nécessite l'habileté de porter un jugement critique et d'influencer les politiques de santé ;
- Elle reflète une autonomie et une indépendance considérable avec un haut niveau d'imputabilité ». (p.4-5)

Compétences

Selon le cadre national de l'AIIC (2000), la pratique infirmière avancée repose sur un ensemble de compétences s'acquérant par l'éducation et l'expérience et se développant dans le temps. Ces compétences sont fondamentales à l'infirmière pour occuper un rôle en pratique avancée qui requière un haut niveau d'autonomie, de pratique éthique complexe et parfois ambiguë. Dans le cadre national, le terme « compétence » réfère aux connaissances et aux habiletés spécifiques ainsi qu'au jugement et aux attributs personnels essentiels à l'infirmière pour œuvrer de façon sécuritaire et éthique en pratique avancée. Il regroupe les compétences sous cinq domaines : clinique, recherche, leadership, collaboration et agent de changement.

Dans la présente étude, les connaissances, les habiletés et les attitudes essentielles de l'infirmière praticienne en soins d'urgence prennent leurs assises sur la définition de la pratique avancée et les caractéristiques ainsi que sur les domaines de compétences proposés par le cadre national.

Formation

Selon le cadre national de l'AIIIC (2000), la formation de maîtrise en sciences infirmières est considérée la plus appropriée pour acquérir les compétences nécessaires à la pratique infirmière avancée. Elle permet l'intégration de connaissances et d'habiletés cliniques approfondies permettant à l'infirmière praticienne d'exercer son rôle clinique de façon compétente. De plus, elle promeut la recherche en sciences infirmières et l'intégration de nouvelles connaissances dans la pratique infirmière, évalue et documente les activités cliniques ou de soins de l'infirmière ainsi qu'elle fournit une base d'évaluation pour les demandes d'équivalence à travers les différentes juridictions.

Suivant les recommandations du cadre national à l'égard de la formation nécessaire pour œuvrer en pratique infirmière avancée, cette étude considère la formation de maîtrise comme la voie d'accès la plus favorable. En plus d'une expérience clinique soutenue en soins d'urgence, ce cheminement académique permet à la candidate d'acquérir et d'intégrer les connaissances et les habiletés approfondies en sciences infirmières et en sciences médicales requises ainsi que les attitudes nécessaires pour exercer en tant qu'infirmière praticienne.

Domaines de pratique

La pratique infirmière avancée se définit particulièrement à partir de la pratique clinique (soins directs) mais également à partir du domaine de l'éducation, de l'administration et de la recherche. Le cadre national considère que le rôle complexe qu'occupe une infirmière en pratique avancée intègre des aspects de plusieurs domaines de pratique.

L'objectif principal demeure la pratique clinique mais il faut toutefois considérer que les soins directs aux clients sont supportés par le domaine de l'éducation, de l'administration et de la recherche en sciences infirmières. Inversement, les infirmières œuvrant dans les domaines de l'éducation, de l'administration et de la recherche détiennent des connaissances et des habiletés significatives dans un domaine de pratique clinique en soins infirmiers qui leur permettent de supporter la pratique des domaines cliniques.

Dans cette étude, les connaissances et les habiletés identifiées comme nécessaires à l'exercice de l'infirmière praticienne en soins d'urgence relèvent surtout du domaine de la pratique clinique puisque cette infirmière concentre majoritairement sa pratique sur les soins directs dispensés à la clientèle. Toutefois, certaines connaissances et habiletés réfèrent au domaine de l'éducation, de l'administration et de la recherche. Dans sa pratique, l'infirmière praticienne en soins d'urgence utilise son savoir en éducation pour faire l'enseignement à la clientèle et aux autres professionnels de la santé, pour élaborer et implanter des nouvelles procédures de soins et des programmes d'enseignement. Elle fait appel à ses connaissances et à ses habiletés en administration pour exercer son leadership dans l'utilisation de stratégies de résolution de problèmes et de prises de décisions ainsi que pour collaborer et communiquer efficacement avec la clientèle et les autres membres de l'équipe de soins. Cette attitude lui permet d'agir à titre d'agent de changement. Enfin, c'est à partir de ses connaissances et de ses habiletés en recherche qu'elle est peut utiliser des résultats probants dans sa pratique clinique, évaluer la pratique clinique à un niveau individuel et systémique en comparaison avec de nouveaux résultats de recherche, identifier des besoins et participer à de nouvelles recherches.

Ces trois domaines complémentaires à la pratique clinique permettent à l'infirmière praticienne de parfaire sa pratique infirmière ainsi que la qualité des soins.

Rôles

Comme mentionné précédemment, la pratique infirmière avancée comprend plusieurs rôles dont celui de l'infirmière praticienne. Selon le cadre national, ce n'est pas le rôle particulier ou le titre qui détermine si la pratique est de niveau avancé mais bien les compétences et les caractéristiques cliniques développées par l'entremise de l'expérience et de l'éducation en sciences infirmières de l'infirmière. Ainsi, de nouveaux rôles en pratique infirmière avancée vont continuellement voir le jour suivant les besoins du système de santé et, ce sont les caractéristiques et les compétences de la pratique clinique qui vont déterminer s'ils sont de niveau avancé. Dans cette étude, la pratique de l'infirmière praticienne en soins d'urgence est dite de niveau avancé puisqu'elle fait référence à des compétences approfondies provenant de l'expérience clinique et d'une formation de maîtrise en sciences infirmières rencontrant les conditions académiques et professionnelles proposées par le cadre national.

Législation

À l'échelle canadienne, la pratique infirmière avancée est exercée, pour la majeure partie, sous la législation de la profession infirmière. La législation a été conçue de façon suffisamment large pour couvrir ce type de pratique. Dans le cas où la pratique avancée comprend le diagnostic et la prescription médicale, une législation médicale supplémentaire est requise. Afin de répondre aux transformations du système de santé et d'assurer la protection du public, il demeure important d'adapter les standards de pratique

infirmière selon l'évolution de la profession. Les organismes réglementaires de l'accès à la profession se doivent donc de veiller consciencieusement sur l'admission des membres à la pratique avancée comprenant les exigences académiques et professionnelles. De plus, l'attribution d'un titre protégé vient renforcer la notion de protection du public puisqu'il vient confirmer que seule la personne détenant ce titre est autorisée à exercer cette pratique.

Finalement, ce cadre permet d'opérationnaliser les différents concepts étudiés dans cette étude portant sur l'infirmière praticienne en soins d'urgence. La nécessité pour l'infirmière en pratique avancée de détenir des connaissances, des habiletés et des attitudes particulières pour exercer de façon compétente est bien démontrée et supportée par le cadre national. Ainsi, ce cadre sert de modèle de référence sur lequel on peut s'appuyer pour décrire les différents concepts de la pratique de l'infirmière praticienne en soins d'urgence au Québec.

Chapitre 2: Recension des écrits

Ce deuxième chapitre fait état des écrits portant sur diverses dimensions liées au concept d'infirmière praticienne en soins d'urgence au Québec. Tout d'abord, il présente les écrits professionnels traitant de l'évolution des soins infirmiers d'urgence au Québec, du contexte d'origine au contexte actuel de l'infirmière praticienne ainsi que du rôle et des compétences de l'infirmière praticienne en soins d'urgence. Il présente également des études empiriques portant spécifiquement sur les compétences de l'infirmière praticienne en soins d'urgence. Finalement, il décrit différents programmes de formation de l'infirmière praticienne à l'échelle nord-américaine et certaines perspectives de formation de l'infirmière praticienne au Québec.

2.1 Écrits professionnels

2.1.1 Évolution des soins infirmiers d'urgence au Québec

Au Québec, il y a une trentaine d'années, les services de soins d'urgence étaient considérés comme des lieux de soins transitoires avant d'admettre le patient dans de « vraies » unités de soins. Les gestionnaires des établissements accordaient peu de priorités aux ressources humaines, physiques et matérielles nécessaires à l'exécution des tâches dans les services de soins d'urgence (Groupe d'experts en organisation clinique (GEOC), 1999).

Au début des années 80, les États-Unis et le Canada anglais reconnaissaient la médecine d'urgence comme une spécialité. En 1998, le CMQ obtenait la reconnaissance de la médecine d'urgence en tant que domaine de spécialité (GEOC, 1999).

Au Québec, suivant la même évolution que la médecine d'urgence, les soins infirmiers en soins d'urgence ont eu, et ont encore aujourd'hui, de la difficulté à faire leur place au sein du système de santé. Selon le groupe d'experts en organisation clinique (1999), dans les années 70, les soins infirmiers en soins d'urgence étaient peu reconnus. À cette époque, le rôle principal de l'infirmière était de supporter et d'accompagner les patients dans leur problème de santé aigu. Dès les années 80, avec l'augmentation constante du nombre de visites dans les services d'urgence, les infirmières ont été obligées d'étendre leur champ d'exercice sans toutefois recevoir une formation spécialisée. Cette situation n'amenait guère d'amélioration à la problématique puisque l'environnement était incapable, par manque de personnels qualifiés et d'équipements adéquats, de répondre aux besoins de la population (GEOC, 1999). De plus, il n'existait pas de système de triage efficace. Dans certaines institutions, c'était le personnel de soutien qui effectuait une évaluation rapide du patient. Les erreurs dans l'évaluation de la condition de santé des individus se sont multipliées. Dès lors, suivant le modèle américain, l'Association des médecins d'urgence du Québec a reconnu le système de triage effectué par les infirmières comme étant un moyen indispensable pour offrir des soins efficaces et de qualité à la clientèle des urgences (GEOC, 1999). Quelques années plus tard, en 1995, l'OIIQ a publié un document intitulé : « *Prise de position : Soins infirmiers dans les services d'urgence et de première ligne ; un triage efficace et une prise en charge globale* ». Petit à petit, des

protocoles de soins ainsi que des formations sur le triage ont été introduits à la pratique des infirmières en soins d'urgence en vue de faciliter leur travail.

L'émergence de nouvelles façons de faire a permis aux infirmières d'acquérir de nouvelles connaissances et habiletés dans leur domaine de spécialité. D'ailleurs, les infirmières se sont intéressées davantage aux différentes certifications professionnelles (par exemple, Advanced Cardiac Life Support (ACLS), Pediatric Advanced Life Support (PALS), Trauma Nursing Core Course (TNCC...)). Ces certifications permettent aux infirmières d'acquérir des connaissances et des habiletés plus poussées dans des secteurs d'activités cliniques spécialisées et, par le fait même, de développer une plus grande compétence à exercer en soins d'urgence.

Dans le même ordre d'idées, des positions d'infirmières cliniciennes éducatrices en soins d'urgence ont vu le jour dans le but de favoriser la formation des infirmières œuvrant en soins d'urgence. De plus, des positions d'infirmières cliniciennes spécialisées en soins d'urgence ont été créées afin d'améliorer la qualité et la continuité des soins à la clientèle et de promouvoir la recherche en soins infirmiers d'urgence (GEOC, 1999).

Malgré toutes ces tentatives d'amélioration, les infirmières en soins d'urgence au Québec œuvrent toujours dans un environnement où les changements sociodémographiques affectent considérablement leur travail. Ce contexte de soins dans les services de soins d'urgence rend également difficile le maintien de la continuité des soins entre les

professionnels et les institutions du réseau mettant en péril la qualité des soins (Groupe tactique d'intervention, 1998 ; OIIQ, 1995).

Une étude réalisée par le GEOC (1999) auprès d'infirmières et de médecins de soins d'urgence a démontré que la clientèle des services de soins d'urgence s'est alourdie et que les maladies, les technologies diagnostiques et les traitements se sont complexifiés dans les dernières années. De plus, les auteurs de l'étude considèrent que la clientèle desservie est de plus en plus avertie quant à son état de santé et exige des explications.

Cette situation engendre le besoin de former les infirmières et les médecins en soins d'urgence afin qu'ils acquièrent les connaissances et les habiletés nécessaires pour répondre adéquatement aux besoins de la clientèle des services de soins d'urgence (Commission Clair, 2000 ; GEOC, 1999). Une étude de l'Association des hôpitaux du Québec (AHQ, 1999) a démontré que malgré l'augmentation des heures travaillées lors des périodes d'achalandage, les infirmières et les médecins ne semblent pas être plus en mesure de répondre aux besoins de la clientèle des services de soins d'urgence. D'ailleurs, cette augmentation des heures travaillées ne permet pas d'assurer une équipe stable et compétente dans laquelle les professionnels détiennent l'expérience, les connaissances et les habiletés nécessaires pour œuvrer dans ce service. De plus, le rapport d'enquête de l'OIIQ (2000) sur la qualité des soins infirmiers à l'urgence de l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal relate qu'un nombre insuffisant d'infirmières qualifiées en soins critiques œuvrent actuellement en soins d'urgence et en traumatologie. Dans un

communiqué de l'OIIQ du 12 juin 2000, M^{me} Sylvie Desjardins, infirmière clinicienne spécialisée en traumatologie et membre du comité d'enquête, a déclaré :

« Nous avons été surprises d'apprendre qu'il n'y a pas de critère pour l'affectation des infirmières en traumatologie ni d'exigence de formation continue et qu'à peine plus de la moitié d'entre elles ont reçu une formation de deux jours, ce qui est très peu ». (OIIQ, 2000a, p.2)

Selon le gouvernement du Québec (1999b), les services de soins d'urgence, disponibles vingt-quatre heures sur vingt-quatre, reçoivent actuellement plus de trois millions de visiteurs annuellement et 45 % des patients admis dans les hôpitaux proviennent de ce service. Ces statistiques démontrent la nécessité des services de soins d'urgence pour la population, et de ce fait, méritent que l'on s'attarde à l'amélioration de la qualité des soins et des services dispensés.

Suite au Forum sur la situation dans les urgences, le Groupe d'experts en organisation clinique (1999) a proposé l'énoncé de mission suivant pour l'urgence précisant sa raison d'être dans la société québécoise. Elle s'énonce comme ceci :

« Intégrée au réseau de soins de la communauté, où elle est le filet de sécurité sanitaire de la population, ainsi qu'à l'hôpital comme plaque tournante et principale porte d'entrée, l'urgence fournit, à chaque individu qui s'y présente pour un problème bio-psycho-social aigu, les services requis par sa condition, dans une perspective d'approche-client. Ces services, rendus dans un délai approprié, par une équipe de professionnels voués à leur tâche s'appuyant sur des moyens adéquats, comprennent la priorisation, l'évaluation, la stabilisation, le traitement puis, le cas échéant, l'orientation vers les ressources les plus aptes à assurer la continuité des soins et le suivi. » (p.71)

Enfin, dans le but de remédier à l'ensemble de ces lacunes, le gouvernement du Québec (1999 a, b, c) a proposé, par le biais du *Forum*, des pistes de solutions pour permettre aux services de soins d'urgence de jouer efficacement leur rôle de distributeur de soins de santé au sein du réseau. Selon le gouvernement du Québec (1999 a, b), ce rôle essentiel répond directement au principe de l'accès universel permettant à toute heure du jour et de la nuit, à une personne qui présente un problème de santé critique, d'être en mesure de recevoir, dans les services de soins d'urgence, les soins appropriés que requiert sa condition. Parmi ces solutions figurent la formation des infirmières œuvrant en soins d'urgence et l'étude des modalités de développement du rôle de l'infirmière praticienne en soins d'urgence.

2.1.2 Origine du rôle de l'infirmière praticienne aux États-Unis et au Canada et contexte de pratique

Afin de maintenir une réponse adéquate aux besoins de santé évolutifs de la clientèle, la pratique infirmière se doit de poursuivre un processus d'actualisation de la discipline et de développement des connaissances. Par leur cheminement sur le continuum de l'expérience clinique et de l'éducation supérieure en sciences infirmières, des infirmières acquièrent de nouvelles compétences et se spécialisent dans un domaine spécifique contribuant ainsi à l'amélioration de la qualité des soins de santé (AIIC, 2000 ; Registered Nurses Association of Nova Scotia (RNANS) 1999). L'expression « pratique infirmière avancée » est généralement utilisée pour représenter cette pratique.

La pratique infirmière avancée regroupe différents rôles professionnels. Aux États-Unis, ces rôles sont l'infirmière-anesthésiste, l'infirmière sage-femme, l'infirmière clinicienne spécialisée et l'infirmière praticienne (IP). D'autres rôles tels que celui de l'infirmière en suivi systématique existent mais peu de données significatives sont disponibles sur le sujet (Hamric et al., 2000 ; Mezey, M. D., McGivern, D. O. 1999.; Sheeby, C. M., McCarthy, M. C. 1998). La pratique de l'infirmière-anesthésiste fut la première à voir le jour vers le milieu du 19^{ième} siècle avec le développement des agents anesthésiques et des soins aux patients (Hamric et al., 2000). La deuxième pratique à s'être développée fut celle de l'infirmière sage-femme, mieux connue sous le terme anglais « nurse-midwives », vers les années 20 (Hamric et al., 2000). La troisième pratique fut celle de l'infirmière clinicienne spécialisée. Ce rôle s'est développé dans le but d'améliorer la qualité des soins dispensés à la clientèle entre les années 1940 et 1950 (Hamric et al., 2000). La quatrième pratique se trouvant sous le parapluie de la pratique infirmière avancée est celle de l'infirmière praticienne. C'est au début des années 60, aux États-Unis, en raison de la pénurie de médecins en soins de santé primaires, que le besoin d'élargir le rôle et les fonctions de l'infirmière se fit de plus en plus sentir. À cette époque, le besoin de développer la pratique de l'infirmière praticienne a pris de l'ampleur (Mezey et McGivern, 1999 ; Sheeby et McCarthy, 1998). D'autres facteurs tels que la guerre du Vietnam, les mouvements en faveur de l'équité raciale et des sexes, le mouvement des femmes ainsi que la conscientisation des infirmières et de la société à l'égard de la dévalorisation et de la sous-utilisation des infirmières, de même que l'augmentation incessante des coûts de soins de santé, ont entraîné une période de changements intenses au niveau social et politique. L'ensemble de ces facteurs ont donc

grandement influencé le développement du rôle de l'infirmière praticienne (Hamric et al., 2000 ; McGivern et Mezey, 1999).

En 1965, le premier programme de formation (certificat post-baccalauréat de premier cycle universitaire) de l'infirmière praticienne fut créé par Loretta Ford, RN, PhD, et Henry Silver, Md, dans le domaine de la pédiatrie à l'Université du Colorado (Hamric et al., 2000 ; Mezey et McGivern, 1999 ; Price, M. J., Martin, A., C., Newberry, Y. G., Zimmer, P. A., Brykczynski, K. A., Warren, B. 1992). Dans les années 70, suite à plusieurs études publiques et gouvernementales, des programmes de formation de l'infirmière praticienne ont été développés en soins à la famille, soins pédiatriques, soins d'urgence et soins gynéco-obstétricaux (Hamric et al., 2000). Déjà à cette époque, de nombreuses études confirmaient la qualité, les habiletés de jugement clinique, la productivité, la rentabilité, et la satisfaction au travail des infirmières praticiennes (Mezey et McGivern, 1999).

Actuellement, les États-Unis ont réglementé la pratique de l'infirmière praticienne et compte près de 106 000 infirmières praticiennes réparties dans les 51 États et territoires. Ces infirmières praticiennes exercent, avec le titre réservé d'infirmière praticienne (« RN, NP »), dans plusieurs domaines de spécialité tels que la néonatalogie, la psychiatrie, les soins intensifs, les soins d'urgence, les soins cardiovasculaires, la pédiatrie, pour ne nommer que ceux-là. Plus précisément, les infirmières praticiennes exercent de façon entièrement autonome sans aucune supervision ou direction médicale dans 26 États américains, mais en collaboration avec le corps médical dans 14 États et sous-supervision

médicale dans six États. Finalement, elles pratiquent en vertu d'une législation conjointe entre les disciplines infirmière et médicale dans cinq États (Pearson, 2003).

Au Canada, le rôle de l'infirmière praticienne s'est le plus développé en soins de santé primaires. Actuellement, la plupart des infirmières praticiennes exercent dans ce domaine. Cependant, le rôle de l'infirmière praticienne dans des domaines de spécialité cliniques tels que les soins d'urgence, les soins intensifs, les soins cardiovasculaires, la gériatrie, la néonatalogie et la psychiatrie se développe de plus en plus.

Pour la majorité des provinces canadiennes, la réglementation régissant l'exercice de l'infirmière praticienne relève des ordres professionnels de la discipline infirmière. D'ailleurs, la plupart des provinces reconnaissent légalement l'exercice de l'infirmière praticienne en soins de santé primaires. Toutefois, jusqu'à présent, seulement deux provinces ont réglementé l'exercice de l'infirmière praticienne en spécialité. Depuis 2001, la Nouvelle-Écosse a créé une classe de membres infirmières praticiennes exerçant en spécialité. Les exigences requises sont une formation de premier cycle universitaire post-baccalauréat. La province reconnaît les programmes de formation de l'infirmière praticienne de niveau maîtrise en sciences infirmières et exigera le diplôme de maîtrise en sciences infirmières prochainement. L'Université Dalhousie de la Nouvelle-Écosse offre le programme d'infirmière praticienne en spécialité à la maîtrise en sciences infirmières depuis déjà quelques années.

Depuis 2000, la province de Terre-Neuve reconnaît la pratique de l'infirmière praticienne en spécialité. Cette province exige un diplôme de baccalauréat en sciences infirmières en plus d'un an de formation dans le cadre d'un programme de premier cycle universitaire pour l'infirmière praticienne. Tout comme la Nouvelle-Écosse, cette province souhaite exiger, dans un avenir rapproché, la formation à la maîtrise en sciences infirmières pour l'infirmière praticienne.

Dans les provinces de l'Ontario et de l'Alberta, la pratique de l'infirmière praticienne en soins de santé primaires est reconnue depuis plusieurs années. Toutefois, malgré qu'un bon nombre d'infirmières praticiennes exercent déjà dans différents domaines de spécialités cliniques, la pratique de l'infirmière praticienne en spécialité n'est pas encore reconnue légalement. Ces infirmières ont obtenu leur formation dans les programmes universitaires de maîtrise offerts notamment par l'Université de Toronto. D'ailleurs, l'Ontario a développé le rôle de l'infirmière praticienne dans plusieurs de ses grands centres ainsi que dans ses régions éloignées. À titre d'exemple, à l'Hôpital Chatham Kent Health Alliance, tous les patients jugés « moins urgents » ou « non-urgents » lors du processus de triage sont pris en charge par l'infirmière praticienne. C'est ce qu'on appelle le « fast track ». L'infirmière praticienne procède à l'examen clinique complet (histoire de santé et examen physique) de la personne, identifie le problème de santé, traite, dispense les conseils de santé, établit le plan thérapeutique infirmier et médical, planifie le congé et donne le congé au moment opportun. Au besoin, elle consulte le médecin des services d'urgence. Si elle juge que l'état de santé de l'individu requiert des soins médicaux plus invasifs, elle le réfère au médecin. De plus, elle assiste le médecin pour

certaines procédures telles que le prélèvement artériel, les sutures d'une lacération simple ou encore l'immobilisation d'une fracture simple (OIIQ, 2001).

Les provinces de la Saskatchewan (2001), du Manitoba (1999), du Nouveau-Brunswick (2002), du Yukon (1998) et les Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut (2002) ont actuellement une loi sanctionnée en vue de réglementer l'exercice de l'infirmière praticienne en soins de santé primaires toujours en attente d'être approuvée par les instances gouvernementales respectives. Enfin, dans d'autres provinces, soit la Colombie-Britannique et l'Îles-du-Prince-Édouard, les modalités professionnelles et légales du rôle de l'infirmière praticienne tant en soins de santé primaires que dans les domaines de spécialité sont en voie de développement par les différentes instances décisionnelles.

2.1.3 Rôles et compétences de l'infirmière praticienne en soins d'urgence

Issu du concept de la pratique infirmière avancée, le rôle de l'infirmière praticienne est considéré par plusieurs auteurs comme une pratique d'expertise et de spécialisation. Elle repose sur des connaissances et des habiletés propres aux sciences infirmières, sur l'expérience clinique, sur la recherche et, de plus, sur la maîtrise de nouvelles compétences propres à la discipline médicale (Hamric et al., 2000 ; American Academy of Nurse Practitioner (AANP), 2002 ; AIIC, 2000).

Le cadre national élaboré par l'AIIC (2000) décrit l'expertise comme : 1) l'habileté à évaluer et à comprendre des situations complexes de soins ; 2) la possession de

connaissances approfondies et d'habiletés d'intervention significatives et ; 3) l'habileté d'utiliser son intuition et son jugement critique dans le milieu clinique. Quant à la spécialisation, elle décrit la concentration de la pratique des soins infirmiers selon l'âge du client (pédiatrie, gériatrie,...), le problème de santé (contrôle de la douleur,...), le diagnostic médical (orthopédie, chirurgie vasculaire,...), le milieu de pratique (urgence, soins à domicile,...) ou le type de soins (soins de santé primaires, soins palliatifs, soins critiques,...).

Patterson, C. (1997). et Shuler, P. A., Davis, J. E. (1993) maintiennent que le rôle et les compétences de l'infirmière praticienne, malgré l'emprunt de certaines activités provenant du domaine médicale, reflètent l'art infirmier. Selon ces auteures, l'infirmière praticienne ne participe pas uniquement à l'évaluation de l'état de santé d'un individu dans le but de répondre à un besoin de santé immédiat. Elle prodigue également des soins de santé holistiques et humains à partir des principes de maintien de la santé, de la promotion de la santé, de la prévention de la maladie, de l'éducation de la clientèle, de la consultation, du rôle d' « advocacy », et de la collaboration avec les autres professionnels de la santé. En fait, cette infirmière est en mesure de déterminer, selon sa vision globale de l'être humain, l'impact de la situation de santé sur les aspects bio-psycho-socio-spirituels et culturels de l'individu et de sa famille (Shuler et Davis, 1993). Bellack, J. P., Graber, D. R., O'Neil, E. H., Musham, C., Lancaster, C. (1999), Castledine, G. (1996) et Paniagua, H. (1995) soutiennent que l'expansion des connaissances et des habiletés infirmières et biomédicales permettent à l'infirmière praticienne d'envisager la complexité de l'expérience de santé de la personne selon une perspective holistique.

Aux États-Unis et dans plusieurs provinces canadiennes, l'infirmière praticienne possède l'expertise et l'autorisation de poser certains actes habituellement réservés à la profession médicale, comme par exemple, prescrire des examens diagnostiques (radiographie pulmonaire, échographie abdominale, ponction lombaire...), des traitements médicaux (drain thoracique, sonde urinaire,...), des médicaments, procéder à des traitements médicaux ou des examens diagnostiques invasifs (intubation, ponction articulaire), poser un diagnostic différentiel, référer l'individu à d'autres professionnels de la santé et planifier le congé médical du client (Fitzsimmons, L., Hadley, S. A., Shively, M., 1999).

Curry, J. L. (1994), Morse, C. J., Brown, M-M. (1999), ainsi que Morton, P. G. (1999) considèrent que suite à une formation de maîtrise en sciences infirmières et une expérience significative en soins critiques, le rôle de l'infirmière praticienne en soins critiques vise à prodiguer des soins infirmiers avancés, à travers un continuum de soins, aux individus qui souffrent d'un problème de santé aigu ou chronique stable ou instable. Cette infirmière se doit d'être compétente à évaluer des situations complexes de soins à partir d'une histoire de santé complète, d'un examen physique complet, d'une évaluation psychosociale et des situations de santé à risque. À partir de cette évaluation clinique, elle sera en mesure d'identifier les problèmes de santé, d'établir un diagnostic différentiel et d'intervenir le plus rapidement possible et, le cas échéant, stabiliser l'individu, minimiser les risques de complications et faciliter le recouvrement maximal du potentiel de santé de l'individu.

Aux États-Unis, dans les années 1990, les infirmières praticiennes ont commencé à œuvrer dans les secteurs des soins critiques des urgences et des soins intensifs. Cette ouverture est en réponse à la demande d'accès à des soins de haute qualité ainsi qu'à la réforme économique du système de santé américain (Hamric et al., 2000).

Cole, F. L. et Ramirez, E. (1997, 1999) considèrent que l'infirmière praticienne désirant travailler en soins d'urgence doit, d'une part, avoir une expérience significative en évaluation de la condition physique et mentale d'un individu et dans la prise en charge de situations urgentes de soins de santé. D'autre part, ils reconnaissent l'importance pour l'infirmière praticienne en soins d'urgence de posséder des connaissances et des habiletés approfondies en sciences infirmières et dans le domaine de spécialité des soins d'urgence en vue d'être compétente à évaluer l'état de santé, identifier les problèmes de santé, poser un diagnostic et intervenir adéquatement dans les situations de soins non-urgents, semi-urgents et urgents.

D'autres auteurs (Shea, S. S., Selfridge-Thomas, J., 1997 ; Blunt, E., 1998 ; Smith, C., 1994 ; Covington, C., Erwin, T., Sellers, F., 1992 ; Cooper, M. A., Lindsay, G. M., Kinn, S., Swann, I. J., 2002) partagent l'opinion de Cole et Ramirez (1997) quant à la nécessité d'acquérir des connaissances et des habiletés approfondies et de détenir une expérience spécifique en soins d'urgence pour être compétente à occuper un rôle d'infirmière praticienne en soins d'urgence. Ces auteurs ajoutent également qu'au triage, l'évaluation et l'établissement des priorités de soins qu'exige la condition de santé d'un individu fait appel à des connaissances et des habiletés provenant notamment de plusieurs années

d'expérience en soins d'urgence. L'infirmière praticienne doit également posséder de solides habiletés interpersonnelles et une capacité à travailler sous pression puisque la porte des services de soins d'urgence est ouverte 24 heures sur 24 heures et le nombre de clients peut passer de 1 à 40 en quelques minutes. De plus, les événements dans les services de soins d'urgence sont imprévisibles. Les situations violentes et agressives sont très fréquentes. L'infirmière praticienne doit savoir demeurer calme et être capable d'anticiper des scénarios appropriés aux situations de crises. Toujours selon ces auteurs, l'infirmière praticienne doit également posséder l'habileté de communiquer avec les autres professionnels de l'équipe multidisciplinaire (médecins, infirmières, pharmaciens, psychologues, travailleurs sociaux, membres de la direction hospitalière) et avec d'autres intervenants du système de soins (ambulanciers, policiers, intervenants communautaires). Smith (1994) considère la flexibilité et l'adaptabilité comme étant les principales caractéristiques représentant l'infirmière en soins d'urgence. Elle doit être en mesure de changer facilement son approche pour pouvoir s'adapter aux différentes situations. Elle doit faire face à un large éventail d'individus et de situations cliniques complexes, de l'itinérant aux pieds sensibles, au patient aux multiples traumatismes, à la personne présentant des troubles de santé mentale, à l'enfant abusé physiquement, de la naissance jusqu'à la mort, et ce, en l'espace de très peu de temps.

De son côté, Benner (1984) soutient qu'une préparation académique solide en sciences infirmières, en sciences biologiques, en sciences psychosociales et en sciences générales fournit la base nécessaire à l'acquisition de connaissances et d'habiletés de niveau avancé. Elle insiste sur le fait que l'attitude holistique de l'infirmière s'acquérant par la

théorie mais surtout par l'expérience clinique est primordiale pour la qualité des soins infirmiers prodigués à la population. D'ailleurs, elle mentionne :

« Chaque situation clinique présente une nuance distincte, des différences qualitatives et des problèmes confondus qui amènent l'infirmière à avoir une compréhension différente de la théorie ou des notions préconçues. La théorie est cruciale pour former les bonnes questions à poser lors d'une situation clinique et pour fournir à l'infirmière une direction vers où regarder pour identifier un problème et anticiper les besoins de soins. Toutefois, il y a toujours plus que ce que la théorie prédit. Cet apprentissage à propos des exceptions et des sens cachés d'une situation peut seulement s'acquérir par l'expérience clinique concrète ». (Benner, 1984, p.178)

De plus, Benner (1984) ajoute que le développement des connaissances d'une discipline consiste en l'acquisition de connaissances théoriques (savoir et pourquoi) par l'intermédiaire de la formation et l'acquisition de connaissances pratiques (savoir et comment) par l'intermédiaire de l'expérience clinique. Pour Benner (1984), l'infirmière experte, telle une infirmière praticienne en soins d'urgence, perçoit une situation clinique de façon globale, en utilisant ses connaissances pratiques acquises avec l'expérience et ses connaissances théoriques comme paradigme et entreprend le processus de raisonnement qui mène à un jugement clinique approprié sans perdre de temps à considérer les options non-pertinentes. Elle ajoute que l'éducation de deuxième cycle universitaire en sciences infirmières pour l'infirmière en pratique avancée est essentielle à l'acquisition de connaissances cliniques et théoriques approfondies afin de comprendre, diagnostiquer et traiter les problèmes qu'elle va rencontrer dans sa pratique.

Shea et Selfridge-Thomas (1997), deux infirmières praticiennes en soins d'urgence de la Californie, établissent un lien entre les écrits de Benner (1984) et leur expérience lors de leur transition de rôle en tant qu'infirmières expertes en soins d'urgence à infirmières

praticiennes novices. Elles ont réalisé qu'elles possédaient de nombreuses connaissances théoriques mais elles ressentaient parfois un sentiment de manque de compétence au moment de prendre en charge de façon autonome un individu se présentant avec un problème de santé. Cette période de transition, entre experte et novice, a entraîné un questionnement profond à l'égard de leurs connaissances et de leurs habiletés infirmières. Selon elles, leur préparation académique de premier et deuxième cycles universitaires en plus de plusieurs années d'expérience clinique dans les soins d'urgence et de la traumatologie, ont fortement contribué à la réussite de cette transition. Malgré leur compétence d'infirmière experte en soins d'urgence, elles ont dû faire preuve de prudence professionnelle et collaborer étroitement avec les médecins de soins d'urgence. Elles concluent en mentionnant que plusieurs compétences nécessaires à l'exercice de l'infirmière praticienne en soins d'urgence exigent un changement de paradigme et représentent un processus d'adaptation se traduisant par l'expérience.

Enfin, Bellack et al. (1999) et Watts, R. J., Hanson, M. J. S., Burke, K. G., Gallagher, S. M., Foster, D. E. (1996) considèrent essentiel de développer les programmes de formation de l'infirmière praticienne dans le but de s'assurer que les diplômées possèdent les connaissances, les habiletés et les attitudes pour répondre efficacement au rôle professionnel en fonction de l'évolution constante du système de soins de santé.

En bref, l'ensemble de ces écrits professionnels permet de tracer un portrait général de la pratique de l'infirmière praticienne en soins d'urgence en Amérique du Nord sans

toutefois fournir de données suffisantes sur les compétences requises par l'exercice de cette pratique infirmière. C'est pourquoi, cette étude permettra de faire ressortir, à partir de l'opinion d'infirmière en soins d'urgence, les connaissances, les habiletés et les attitudes jugées nécessaires à l'infirmière praticienne en soins d'urgence.

2.2 Études empiriques portant sur l'infirmière praticienne en soins d'urgence

Au États-Unis comme au Canada, il existe peu de littérature empirique concernant les compétences (connaissances, habiletés et attitudes) requises pour exercer à titre d'infirmière praticienne en soins d'urgence. Malgré cette rareté, les investigatrices ont ciblé quelques études empiriques très pertinentes à la problématique étudiée.

En 1999, Cole et Ramirez (1999) ont procédé à l'évaluation de leur programme de formation de l'infirmière praticienne en soins d'urgence afin d'examiner si celui-ci répondait aux besoins de formation des étudiantes. De façon plus précise, les auteurs souhaitent évaluer si les connaissances et les habiletés enseignées dans le cadre du programme permettaient aux graduées d'être compétentes en tant qu'infirmière praticienne dans la réalité clinique actuelle des soins d'urgence. Ils ont donc procédé à leur étude en obtenant des informations auprès des trois infirmières praticiennes ayant gradué de leur programme en 1995 qui œuvraient dans différents services de soins d'urgence du Texas. Sur une période de deux semaines consécutives, les infirmières praticiennes devaient documenter la date de visite à l'urgence, l'âge, le sexe, le diagnostic de congé, les examens diagnostiques prescrits, les traitements et procédures réalisés, les

consultations faites et le plan thérapeutique infirmier et médical établi par l'infirmière praticienne. À la suite des deux semaines, un total de 279 patients fut traité par les infirmières praticiennes. Selon les résultats de leur étude, les infirmières praticiennes formées à partir de leur programme étaient compétentes dans l'évaluation de l'état de santé, l'identification des problèmes de santé à partir des signes et symptômes, du diagnostic et du traitement des patients de tous âges présentant des problèmes de santé non-urgentes, semi-urgentes et urgentes. Tous les problèmes de santé identifiés, les diagnostics, les traitements et la vaste variété d'examen diagnostiques rencontrés par les infirmières praticiennes au cours des deux semaines d'étude avaient été enseignés dans le programme de formation.

En vue d'identifier les activités et les procédures réalisées par les infirmières praticiennes en soins d'urgence, Cole et Ramirez (2000b) ont conduit une enquête transversale exploratoire auprès de 96 infirmières praticiennes en soins d'urgence. Un questionnaire auto-administré leur était acheminé par envoi postal ou par courriel. Les participantes devaient remettre, le cas échéant, une copie du questionnaire à toutes les infirmières praticiennes en soins d'urgence qu'elles connaissaient d'un bout à l'autre des États-Unis. Le questionnaire était construit à partir du « Clinical Procedures in Emergency Medicine by Roberts and Hedges » et comprenait 71 activités et procédures réalisées par l'infirmière praticienne en soins d'urgence. Les participantes devaient inscrire pour chacune des activités et procédures la fréquence à laquelle elles la réalisaient dans leur pratique quotidienne. Elles devaient également mentionner l'endroit où elles avaient appris la procédure et l'importance qu'elles attribuaient à l'exercice de cette procédure

pour l'infirmière praticienne œuvrant en soins d'urgence. Selon les résultats de cette enquête, plus de 50 % des participantes avaient déjà réalisé 35 des 71 activités et procédures. La majorité d'entre elles ont appris à faire ces activités et procédures en cours d'emploi et par la formation continue. Fait à noter, la majorité des infirmières praticiennes (65,3 %) avaient reçu une formation d'infirmière praticienne en soins à la famille et non en soins d'urgence. Enfin, plus de 50 % d'entre elles ont jugé 56 sur 71 activités et procédures étant importantes pour l'exercice de l'infirmière praticienne en soins d'urgence. À titre d'exemple, ces activités et procédures étaient liées à des interventions mineures et consistaient notamment à déloger un corps étranger de l'œil ou des tissus sous-cutanés, à interpréter un électrocardiogramme à 12 dérivations à installer une attelle à une extrémité, à faire des points de suture au visage, aux extrémités ou au thorax, à faire une anesthésie locale, à débrider une plaie causée par une brûlure, à réduire une dislocation ou une fracture, à insérer un drain dans une plaie, à faire un examen cervical et à traiter un traumatisme mineur à la tête,...

À l'instar de Cole et Ramirez (2000b), Blunt (1998) a réalisé une étude, dans un département de soins d'urgence d'un hôpital de Philadelphie, en vue de justifier le rôle, l'efficacité, la productivité et la rentabilité de l'infirmière praticienne en soins d'urgence. Cette étude a démontré que l'infirmière praticienne intervient auprès de 62 % de cas non-urgents et semi-urgents (affection des yeux, des oreilles et de la gorge, lacérations, infection urinaire, débridement et drainage de plaies, brûlure, anesthésie locale, dislocation et fracture, traumatisme mineur à la tête et au thorax, examen cervical,...) et auprès de 32 % de cas urgents. Les résultats obtenus font état de l'efficacité de

l'infirmière praticienne en soins d'urgence en tant que professionnelle flexible capable d'intervenir de façon autonome auprès des individus présentant des problèmes de santé non-urgents et semi-urgents. Son rôle permet d'augmenter le taux de roulement des services d'urgence et, par le fait même, favorise, en cas de besoin, la prise en charge des patients nécessitant des soins urgents.

En résumé, les infirmières praticiennes en soins d'urgence sont en mesure d'intervenir de façon autonome auprès de la clientèle des services d'urgence lorsqu'elles reçoivent une formation appropriée. Cette pratique a des retombées positives sur la qualité des soins et sur l'accessibilité des services offerts dans ce secteur d'activité clinique.

2.3 Programmes de formation de l'infirmière praticienne en soins d'urgence

Selon Jones, J. M. et Jones, K. D. (1998), les programmes de formation de l'infirmière praticienne comprennent l'enseignement des notions théoriques, diagnostiques et cliniques essentielles basées sur les fondements de la pratique infirmière avancée. L'apprentissage des notions bio-technologiques et théoriques des sciences infirmières, fondées sur la signification de l'expérience humaine de l'individu ayant des besoins de soins de santé, est primordial à l'évolution de l'éveil de l'étudiant vers l'humanisation de ses soins infirmiers (Jones et Jones, 1998).

Selon plusieurs auteurs (Hamric et al., 2000 ; Hickey, Ouimette et Venegoni, 2000 ; Fitzsimmons, Hadley et Shively, 1999 ; AANP, 2002 ; AIIC, 2000) l'infirmière

praticienne devrait être formée à partir d'un programme de formation de l'infirmière praticienne dans le cadre d'une maîtrise en sciences infirmières. D'ailleurs, Hamric et al. (2000) proposent une structure de cours en vue de composer un programme de formation complet et adéquat pour l'infirmière praticienne. Ils recommandent la répartition suivante des cours théoriques et pratiques :

1. Contenus génériques en sciences infirmières (9-12 crédits) tels que la recherche, la statistique, les théories infirmières et de soins de santé, les théories organisationnelles et de leadership, la santé environnementale, l'éthique et la législation, les soins multiculturels, les politiques de santé, les théories en économie et business, le partenariat avec la communauté, la gestion de soins et le système de prestation des soins.
2. Contenus spécifiques à la pratique avancée (12-18 crédits) tels que la physiopathologie avancée, la pharmacologie avancée, l'examen physique avancé, l'interprétation des résultats diagnostiques et le rôle de l'infirmière praticienne.
3. Contenus essentiels sur le domaine de spécialité clinique (12-18 crédits) tels que les soins d'urgence, la psychiatrie, la néphrologie, la néonatalogie, etc...

Dans le même ordre d'idées, aux États-Unis, un tout récent rapport portant sur les critères d'évaluation d'un programme de formation d'infirmière praticienne a été déposé par le National Task Force on Quality Nurse Practitioner Education (2002). Cette table de concertation regroupait, notamment l'American Academy of Nurse Practitioners, l'American Association of Colleges of Nursing et le National Organization of Nurse Practitioner Faculties. Les résultats de ce rapport établissent, entre autres, que les programmes de formation de l'infirmière praticienne doivent être du niveau de la maîtrise

en sciences infirmières et que les cours doivent représenter les éléments essentiels des trois axes proposés par Hamric et al. (2000).

Au Canada, le cadre national de l'AIIC (2000) recommande également une formation au niveau de la maîtrise en sciences infirmières dans le cadre d'un programme spécifique pour la formation de l'infirmière praticienne. Cette formation est considérée comme la plus appropriée pour préparer et transmettre les connaissances et les habiletés nécessaires à l'exercice de l'infirmière praticienne. Cette formation enseigne les théories en sciences infirmières, promeut la recherche en sciences infirmières et l'intégration de nouvelles connaissances et habiletés dans la pratique infirmière.

En réponse aux besoins de formation de l'infirmière praticienne en soins d'urgence, Cole et Ramirez (1997) ont développé et implanté, en 1994, le premier des deux programmes américains de formation de maîtrise de l'infirmière praticienne en soins d'urgence à l'École de sciences infirmières de l'Université du Texas à Houston (Annexe B). Le curriculum de ce programme de formation comprend tous les cours obligatoires du programme régulier de maîtrise soit, recherche clinique et épidémiologique pour la pratique avancée, théories en sciences infirmières, statistique, séminaire de mémoire clinique ou de recherche, ainsi que des cours avancés sur l'évaluation physique, le diagnostic différentiel, la physiopathologie et la pharmacologie. Le curriculum est divisé en trois sections : quatre cours génériques de maîtrise ; cinq cours en pratique avancée ; et cinq cours en soins d'urgence. Les cours sont enseignés par la faculté des sciences infirmières en collaboration avec le département de médecine d'urgence. C'est une

formation de 21 mois à temps complet ou 36 mois à temps partiel combinant les cours théoriques et cliniques en soins d'urgence. Le programme compte un minimum de 405 heures de cours théoriques et un total de 760 heures de stage clinique incluant les 400 heures de stage clinique final lors du dernier trimestre. Ce programme mène à l'obtention d'un diplôme de maîtrise en sciences infirmières spécifique à l'infirmière praticienne en soins d'urgence. Ce curriculum vise à former des infirmières praticiennes en soins d'urgence compétentes afin de prodiguer des soins à des clients souffrant d'un problème de santé non-urgent, semi-urgent et urgent. Elles doivent posséder les connaissances et les habiletés reposant sur les fondements de la discipline infirmière ainsi que les connaissances et les habiletés diagnostiques et thérapeutiques : lavage péritonéal, insertion d'un drain thoracique, insertion d'un cathéter veineux pour la décompression pulmonaire, cricothyrotomie/trachéotomie, intubation endotrachéale, paralysie du système nerveux, points de sutures, interprétation de l'électrocardiogramme à 12 dérivations, lecture des radiographies, interprétation des tests de laboratoire, analyse microscopique du sang, des urines et autres liquides biologiques, ponction lombaire, ponction synoviale, installation des attelles orthopédiques. Ce programme permet aux infirmières praticiennes en soins d'urgence d'intervenir de façon autonome en collaboration avec les autres intervenants en soins d'urgence (Cole et Ramirez, 1997).

Depuis 2001, l'Université Loyola de Chicago offre également un programme de formation de niveau maîtrise spécifique à l'infirmière praticienne en soins d'urgence. Ce programme est construit à partir de quatre cours génériques du programme régulier de maîtrise en sciences infirmières (discipline et sciences infirmières : bases conceptuelles et

théoriques, éthique, recherche en sciences infirmières, épidémiologie). Le programme comprend également neuf cours spécifiques à la pratique avancée (incluant les cours avancés en physiopathologie, pharmacologie et examen physique) visant à préparer l'infirmière à assumer un rôle et à intervenir dans des situations urgentes, semi-urgentes et non-urgentes. De plus, deux cours spécifiques en soins d'urgence doivent être complétés ainsi que deux stages cliniques en soins d'urgence. Le programme totalise un minimum de 48 crédits de cours théoriques et pratiques (Marcella Niehoff School of Nursing of Loyola University Chicago, 2001).

Quelques états américains tels que l'Illinois, l'Alabama, le Texas, la Californie, le Minnesota, la Pennsylvanie et New York offrent un programme de formation d'infirmière praticienne en soins critiques. Par exemple, le programme de deuxième cycle de l'Université de Californie à San Francisco offre trois orientations de spécialité: soins d'urgence / traumatologie, soins critiques (soins intensifs médicaux / chirurgicaux / neurologiques) et soins cardio-pulmonaires. Le programme vise à former des infirmières praticiennes en soins aigus capables de gérer des soins directs à la clientèle de l'admission à l'urgence jusqu'au congé de l'hôpital et ce, en collaboration avec les autres membres de l'équipe de soins (School of Nursing of the University of California in San Francisco, 2000).

Le Canada compte déjà plusieurs programmes de formation d'infirmière praticienne à différents niveaux de formation : certificat de premier cycle post-baccalauréat, maîtrise et post-maîtrise. Cependant, aucun programme ne vise de façon spécifique la formation en

soins d'urgence. L'Ontario a élaboré un consortium provincial de dix universités : Lakehead, Laurentienne, McMaster, Ottawa, Queen, Ryerson Polytechnic, Toronto, Western Ontario, Windsor et York. Ce consortium offre un programme de premier cycle universitaire post-baccalauréat pour la formation d'infirmière praticienne en soins de santé primaires. Ce programme comprend un tronc commun de cinq cours : physiopathologie avancée, examen physique avancé et diagnostic, méthodes thérapeutiques en soins de santé primaires (incluant la pharmacologie), rôles et responsabilités et stage clinique d'intégration. Les infirmières bachelières peuvent obtenir leur diplôme d'infirmière praticienne au terme de 12 mois d'études à temps complet ou d'un maximum de trois ans à temps partiel. Ce programme vise à former des infirmières praticiennes compétentes capables de prodiguer des soins complets et continus selon différentes situations du continuum santé-maladie de l'individu (personne, famille, communauté) de tous âges. En collaboration avec le médecin, elles prennent en charge les différents problèmes de santé de l'individu. Elles identifient et traitent les problèmes de santé courants de façon directe et indirecte. Ainsi, les diplômées de ce programme seront en mesure de démontrer leur compétence à différents niveaux de leur pratique : clinique, éducation, gestion de l'état de santé, responsabilités organisationnelles et au niveau de la qualité de la prestation des soins (Conseil des universités de l'Ontario pour les programmes en sciences infirmières (CUOPSI) (1999).

En 2001, l'Université de Toronto a développé un programme post-maîtrise de formation d'infirmière praticienne en soins critiques. Il a pour but de développer les connaissances et les habiletés approfondies requises pour l'infirmière praticienne œuvrant dans le

domaine des soins critiques. Le programme comprend quatre cours théoriques obligatoires : 1) examen physique avancé et jugement clinique - adulte ou enfant ; 2) concepts physiopathologiques ; 3) thérapeutiques et ; 4) pratique infirmière avancée : rôle et enjeux ainsi que trois stages cliniques obligatoires (stage de 730 heures au total) en soins infirmiers avancés de l'individu et de sa famille I (130 heures), en soins infirmiers avancés de l'individu et de sa famille II (235 heures) et en soins infirmiers avancés de l'individu et de sa famille III (365 heures). Tous les cours doivent être complétés à l'intérieur d'un an (Faculty of Nursing of the University of Toronto, 2000).

Enfin, au Québec, à l'heure actuelle, il existe deux programmes de formation de maîtrise en sciences infirmières pour l'infirmière praticienne, soit celui de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal depuis septembre 2002 et celui de la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval depuis janvier 2003. Ces deux programmes offrent la formation d'infirmière praticienne dans les domaines de spécialité de la cardiologie et de la néphrologie. De façon générale, ces programmes québécois rencontrent les éléments essentiels du modèle proposé par Hamric et al. (2000).

Chapitre 3: Méthodologie

Ce troisième chapitre porte sur les aspects suivants : 1) le devis de recherche ; 2) les définitions des variables à l'étude ; 3) la population-cible et l'échantillon ; 4) les instruments de mesure soient le questionnaire d'enquête et le questionnaire des renseignements sociodémographiques des répondantes ; 5) le déroulement de la collecte des données ; 6) les considérations éthiques et 7) l'analyse des données.

3.1 Devis

Pour atteindre le but de l'étude qui est de connaître la perception des infirmières québécoises travaillant en soins d'urgence à l'égard des connaissances, des habiletés et des attitudes jugées importantes à l'exercice de l'infirmière praticienne en soins d'urgence, une enquête exploratoire de type transversal a été retenue.

3.2 Définition des variables

3.2.1 Variables principales

3.2.1.1 Connaissances nécessaires à l'exercice de l'infirmière praticienne en soins d'urgence

Adapté à partir de la définition proposée par Hamric et al. (2000) et du concept de « connaissance » discuté dans le cadre national (AIIC, 2002), le terme *connaissance* fait référence à l'ensemble des notions de base et spécialisées que l'infirmière a appris et

intégré lui permettant d'être compétente dans sa pratique professionnelle en tant qu'infirmière praticienne en soins d'urgence. Ainsi, avec ces connaissances, elle est en mesure d'appliquer les notions théoriques et pratiques relevant des sciences infirmières et des autres domaines connexes pour lesquels elle a reçu de l'enseignement formel et par le biais de son expérience clinique.

3.2.1.2 Habiletés nécessaires à l'exercice de l'infirmière praticienne en soins d'urgence

Adapté à partir de la définition proposée par Hamric (2000) et du concept d'« habileté » discuté dans le cadre national (AIIC, 2000), le terme *habileté* fait référence aux habiletés procédurales et techniques de l'infirmière praticienne en soins d'urgence basées sur l'application des connaissances. Les habiletés nécessaires requises à l'exercice de l'infirmière praticienne en soins d'urgence lui permettent d'appliquer ses connaissances théoriques et pratiques provenant des sciences infirmières, des autres domaines connexes et de son expérience clinique dans le domaine de spécialité.

3.2.1.3 Attitudes nécessaires à l'exercice de l'infirmière praticienne en soins d'urgence

Adapté à partir du concept de « jugement et attribut personnel » discuté dans le cadre national (AIIC, 2000), le terme *attitude* réfère à la façon dont l'infirmière réagit vis-à-vis une autre personne, une situation ou une idée. Sa façon de réagir est influencée par ses sentiments, ses valeurs personnelles et son expérience. Les attitudes nécessaires à l'exercice de l'infirmière praticienne en soins d'urgence se manifestent dans ses fonctions

cliniques, d'éducation, de recherche, de leader, de collaboratrice et d'agent de changement lui permettant ainsi de pratiquer de façon sécuritaire et éthique.

3.2.2 Variables secondaires

3.2.2.1 Rôle de l'infirmière praticienne en soins d'urgence

Adapté à partir de la définition de l'infirmière praticienne (AIIC, 2002b), le rôle de l'infirmière praticienne en soins d'urgence repose sur les valeurs, le savoir et les théories de la pratique infirmière. Cette infirmière praticienne est détentrice d'un diplôme de maîtrise en sciences infirmières dans le cadre d'un programme de l'infirmière praticienne et possède une expertise clinique en soins d'urgence. C'est une pratique autonome qui intègre de nouvelles activités cliniques (diagnostiquer, traiter des problèmes de santé, prescrire des médicaments). L'infirmière praticienne exerce auprès d'une clientèle présentant des problèmes de santé complexes, chroniques ou aigus. Elle évalue et identifie les problèmes de santé courants, détecte précocement les signes de complications, interprète les résultats diagnostiques, établit un diagnostic différentiel, assure les soins et les traitements infirmiers et médicaux requis par la condition de santé de l'individu, et prend en charge le plan thérapeutique infirmier et médical de l'individu et sa famille comprenant la consultation auprès d'autres professionnels de la santé et la planification du congé (rédaction des notes d'évolution, prescription de médicaments ou examens diagnostiques, consultation externe,...)

3.2.2.2 Formation de l'infirmière praticienne en soins d'urgence

La formation de l'infirmière praticienne en soins d'urgence correspond ici à une formation du niveau maîtrise en sciences infirmières permettant à l'infirmière d'acquérir les connaissances théoriques et procédurales approfondies et les habiletés cliniques nécessaires afin d'être compétente dans le domaine de spécialité des soins d'urgence. Cette formation la prépare donc à dispenser des soins de santé directs complets incluant l'histoire de santé, l'examen physique et les examens complémentaires, de façon autonome à l'ensemble de la population, de contribuer aux activités d'enseignement à la clientèle et aux autres infirmières, de collaborer avec la clientèle et les autres membres de l'équipe de soins, de participer aux différents projets de recherche, de faire preuve de leadership, et d'agir en tant qu'agent de changement. De plus, cette formation la rend apte à : 1) prescrire certains examens diagnostiques requis par la condition de santé de l'individu ; 2) procéder à certaines techniques diagnostiques considérées comme invasives ou présentant des risques de préjudices ; 3) prescrire certains médicaments ou substances que requière la condition de santé de l'individu ; 4) prescrire des traitements médicaux et ; 5) traiter différents problèmes de santé aigus et/ou chroniques à partir de ces traitements invasifs ou présentant des risques de préjudices (*Loi modifiant le code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, 2002*).

3.3 Population-cible

La population-cible est composée d'infirmières en soins d'urgence détenant une formation universitaire et occupant une fonction d'assistante infirmière chef, d'infirmière chef, de clinicienne éducatrice et de liaison, de clinicienne spécialisée, de professeure ou de conseillère/consultante sélectionnées à partir de la banque des membres de l'OIIQ (2002). Elles travaillent dans un centre hospitalier de soins de courte durée du Québec ou enseignent les soins d'urgence dans un établissement d'enseignement collégial ou universitaire du Québec.

3.3.1 Échantillon

Une stratification anonyme des caractéristiques des répondantes a été réalisée à partir des données sur la profession dont dispose l'OIIQ par l'organisation elle-même. Ainsi, le questionnaire d'enquête a été envoyé, à travers le Québec, à 139 infirmières occupant une fonction d'infirmière clinicienne éducatrice, d'infirmière de liaison, d'infirmière clinicienne spécialisée, d'infirmière conseillère/consultante, d'assistante infirmière chef, d'infirmière chef, de professeure, œuvrant toutes en soins infirmiers d'urgence. De ce nombre, 119 (85,6 %) sont des femmes et 20 (14,4 %) sont des hommes. Afin d'être admissible à participer à l'étude, le profil des répondantes devait toutefois correspondre aux critères d'inclusion.

3.3.2 Critères d'inclusion

Des critères sont établis en vue de déterminer l'admissibilité des répondantes. Les critères d'inclusion sont :

- ☐ Détenir au moins un diplôme de baccalauréat en sciences infirmières ou l'équivalent ;
- ☐ Avoir au moins deux ans d'expérience équivalent à temps complet en soins d'urgence ;
- ☐ Avoir au moins quatre ans d'expérience équivalent à temps complet en soins infirmiers ;
- ☐ Avoir une bonne compréhension de la langue française.

D'une part, les investigatrices ont ciblé des infirmières occupant une fonction requérant une formation universitaire et une expertise clinique en soins d'urgence. D'autre part, elles ont tenu compte de leur niveau d'implication dans la structure organisationnelle des soins de santé notamment les soins d'urgence. Cette fonction leur permet d'avoir une vision globale plus juste des besoins en lien avec l'intégration du rôle de l'infirmière praticienne en soins d'urgence dans les établissements de santé du Québec. De façon générale, leur fonction les amènent à avoir une perception plus réaliste des compétences nécessaires qui seraient requises pour l'exercice de l'infirmière praticienne en soins d'urgence et des besoins potentiels de formation.

De plus, on exige que celles-ci détiennent minimalement deux ans d'expérience clinique dans le domaine de spécialité des soins d'urgence et un minimum de quatre ans en soins infirmiers au total en vue de s'assurer qu'elles possèdent une bonne connaissance des compétences spécialisées nécessaires à l'exercice infirmier en soins d'urgence. Enfin, elles doivent comprendre la langue française puisque que les instruments de mesure utilisés sont rédigés dans cette langue.

3.4 Instruments de recherche

Dans cette étude, deux questionnaires ont été utilisés, un premier pour recueillir les renseignements sociodémographiques au sujet des répondantes et un deuxième étant le questionnaire d'enquête sur les connaissances, les habiletés et les attitudes nécessaires à l'exercice de l'infirmière praticienne en soins d'urgence.

3.4.1 Questionnaire des renseignements sociodémographiques

Au moment de l'envoi du questionnaire d'enquête, un questionnaire permettant de recueillir des données sur les caractéristiques sociodémographiques des répondantes a été distribué. Ce questionnaire nous a fourni des renseignements sur l'âge, la formation académique et continue, l'expérience en soins infirmiers et particulièrement en soins d'urgence, la fonction occupée et le type d'établissement de soins dans lequel chaque répondante pratique.

3.4.2 Élaboration du questionnaire d'enquête auto-administré

3.4.2.1 Échantillon d'énoncés portant sur les connaissances, les habiletés et les attitudes

Dans un premier temps, selon une approche déductive et considérant tous les énoncés possibles de connaissances, d'habiletés et d'attitudes nécessaires à l'exercice de l'infirmière praticienne en soins d'urgence, les investigatrices ont procédé à une sélection raisonnée des énoncés. Cette sélection a été réalisée à partir de différents types d'écrits pertinents : professionnels, empiriques et programmes de formation de l'infirmière praticienne aux États-Unis et au Canada ainsi qu'à partir de l'expérience clinique et de recherche des investigatrices. Ainsi, parmi tous les énoncés de connaissances, d'habiletés et d'attitudes spécifiques à l'exercice de l'infirmière praticienne en soins d'urgence aucun énoncé n'a été rejeté initialement puisque chacun d'entre eux semblait pertinent à l'élaboration de la première version du questionnaire à faire valider par les experts.

Dans un deuxième temps, le contenu du questionnaire composé de 106 énoncés dont 36 sur les connaissances, 45 sur les habiletés et 25 sur les attitudes a été soumis à une validation auprès de six experts de la pratique infirmière en soins d'urgence au Québec. Ces experts sont des informateurs clés reconnus pour leur connaissance approfondie de l'environnement de travail en fonction de la nature de leur implication et de leur expérience de travail (Pineault, R. et Daveluy, C., 1986). De plus, leur formation, leur expérience de travail dans le milieu des soins critiques ont été pris en considération. Les experts invités à participer à l'étude sont des infirmières détenant au moins un diplôme de

deuxième cycle en sciences infirmières et au moins deux ans d'expérience à temps complet en soins infirmiers en soins d'urgence ou cinq ans dans le domaine des soins critiques. Les experts provenaient de différents établissements : hôpitaux, universités, l'OIIQ, répartis à travers diverses régions du Québec et des États-Unis : Montréal, Montérégie, Centre du Québec et Philadelphie. Tous les experts devaient maîtriser la langue française. Ils devaient se prononcer sur l'ensemble du questionnaire quant au contenu, à la clarté des questions, au nombre de questions et aux types de questions.

En vue de faciliter le processus de validation du questionnaire par les experts, une grille d'évaluation portant sur les 106 énoncés de connaissances, d'habiletés et d'attitudes du questionnaire d'enquête a été élaborée par les investigatrices. Pour chacun des énoncés, les experts devaient indiquer par un X et des commentaires, leur opinion selon les quatre choix proposés, soient : A) question acceptée telle que posée () ; B) question à enlever () avec les raisons ; C) question à reformuler () avec des suggestions ; D) autres considérations. L'annexe C présente un exemple de la grille d'évaluation utilisée par les experts pour la validation.

Le questionnaire d'enquête et la grille d'évaluation ont donc été envoyés aux experts le 10 avril 2002. Un délai de trois semaines leur a été alloué pour évaluer le questionnaire. Par la suite, le questionnaire d'enquête était retourné à l'investigatrice principale par courrier postal (une enveloppe pré-affranchie a été jointe à l'envoi) ou par courriel.

Les investigatrices ont par la suite examiné rigoureusement les recommandations émises par les experts en établissant le degré de consensus entre les experts pour chacun des 106 énoncés. Le consensus est un accord établi parmi un groupe de personnes tel que des experts (Donabedian, A., 1986). Selon Lynn, M.R. (1986) un minimum de cinq experts est nécessaire pour obtenir une possibilité de consensus de 100 %. Il a d'ailleurs été établi qu'au-dessus de cinq, le pourcentage de consensus peut varier entre 83 % et 90 % (Ouellet, S., Bernier, J., Grenier, R., 1996). Puisque le nombre d'experts influence le pourcentage de consensus exigé dans cette étude, un nombre de six experts a été utilisé. Compte tenu des écrits sur le sujet, le degré d'accords entre les experts a été établi à 85 % par les investigatrices. Ainsi, tous les énoncés rencontrant un degré d'accords de 85 % ont été retenus dans le questionnaire d'enquête.

En général, les experts présentaient une opinion assez similaire quant à tous les énoncés. En établissant le degré de consensus, fixé à 85 %, pour chacun des énoncés, les investigatrices ont pu éliminer ceux n'ayant pas fait l'objet d'un consensus auprès des experts.

En plus d'utiliser le degré de consensus pour chacun des énoncés, les investigatrices ont considéré la majorité des recommandations proposées par les experts. Ces recommandations visaient particulièrement à préciser certains termes utilisés, à suggérer l'utilisation de certains mots plutôt que d'autres, et à établir davantage la différence entre l'infirmière (de chevet) et l'infirmière praticienne. L'ensemble des recommandations concernait surtout les énoncés de connaissances et d'habiletés. Il y avait très peu de

commentaires sur les énoncés d'attitudes. À titre d'exemple, les experts ont proposé d'utiliser, dans les énoncés de connaissances et d'habiletés se rapportant à des activités infirmières ou médicales plus poussées, le mot « approfondie » au lieu de « avancée » ou de décrire davantage le contenu de l'énoncé. Ils soutenaient que le mot « avancée » n'était pas suffisamment clair et portait à confusion. Également, les experts ont recommandé d'utiliser des verbes d'action référant à des niveaux cognitifs plus élevés. En guise de dernier exemple, les experts ont suggéré d'ajouter certains concepts en lien avec les énoncés d'attitudes comme par exemple, la collaboration, l'attitude critique vis-à-vis le savoir et le pouvoir et la prudence professionnelle.

3.4.2.2 Questionnaire d'enquête auto administré

Au terme de la validation par les experts, un total de 95 énoncés de connaissances (37), d'habiletés (38) et d'attitudes (20) ont été retenus pour l'élaboration du questionnaire d'enquête. La consultation auprès d'experts nous a permis d'apporter des modifications au questionnaire améliorant la précision et la clarté du contenu de ce dernier.

À chacune des rubriques (connaissance, habileté, attitude) du questionnaire (annexe E), les répondantes devaient se prononcer sur l'importance qu'elles accordaient à chacun des énoncés. Ainsi, les répondantes ont dû répondre aux questions suivantes à partir d'une échelle de Likert variant de un à quatre où « 1 » représente la réponse la plus négative et « 4 » la réponse la plus positive (Burns, N., Grove, S. K. 1993). Les quatre points de l'échelle de Likert sont : 1 = pas important, 2 = peu important, 3 = important et 4 = très important. Le terme « important » fait référence au caractère d'un élément qui est de

conséquence ; l'intérêt porté par les experts sur leur degré de satisfaction de l'énoncé de connaissance, d'habileté et d'attitude (Bélanger, G. 1993). Les investigatrices ont choisi l'échelle de type likert à quatre points parce qu'elle limite le degré d'ambivalence d'un point central présent dans les échelles à points impairs (Lynn, 1986).

3.5 Consistance interne du questionnaire d'enquête

En vue de vérifier la fidélité du questionnaire d'enquête, les investigatrices ont utilisé la technique statistique de l'alpha de Cronbach pour estimer la consistance interne de l'instrument de mesure. Selon Fortin, M-F. (1996), cette technique est la plus souvent utilisée pour mesurer la consistance interne d'un instrument présentant plusieurs choix pour l'établissement des scores, comme par exemple, l'échelle de Likert. La fidélité d'un instrument de mesure fait référence à la précision et la constance des résultats qu'il fournit (Fortin, 1996). La consistance interne, un des quatre moyens pour estimer la fidélité d'un instrument de mesure, correspond à l'homogénéité des énoncés de celui-ci. En fait, elle évalue la corrélation existant entre chaque énoncé l'un par rapport à l'autre. Plus il y a corrélation entre les énoncés, plus grande est la consistance interne de l'instrument. La technique de l'alpha de Cronbach permet d'estimer comment chaque énoncé mesure le même concept. La valeur des coefficients de fidélité alpha varie entre 0,00 et 1,00. Plus la valeur est élevée, plus grande est la consistance interne (Fortin, 1996, Burns et Grove, 1993).

Pour le questionnaire d'enquête utilisé dans cette étude, les coefficients de fidélité alpha obtenus sont de 0,9067 pour les énoncés de connaissances, de 0,9134 pour les énoncés

d'habiletés et de 0,9341 pour les énoncés d'attitudes. Ces résultats démontrent que le questionnaire d'enquête présente une fidélité significative et mesure donc un seul concept.

3.6 Déroulement de la collecte des données

La version finale du questionnaire a été acheminée par envoi postal aux répondantes par le Bureau du registraire de l'OIIQ en date du 10 janvier 2003. Une lettre explicative introduisant le but de l'étude et le questionnaire d'enquête aux répondantes les informait notamment qu'un délai de trois semaines leur était alloué pour répondre et retourner le questionnaire dans l'enveloppe pré-affranchie jointe à l'envoi. De plus, la lettre leur précisait qu'elles devaient estimer environ 45 minutes pour répondre au questionnaire.

En collaboration avec le Bureau du registraire de l'OIIQ, les investigatrices ont établi un système de codification (chiffre) pour chacun des envois (139) afin de conserver l'anonymat des répondantes et de permettre, par le fait même, aux investigatrices d'identifier celles qui ont répondu aux questionnaires.

Trois semaines suivant le premier envoi des questionnaires, soit le 5 février 2003, les investigatrices ont procédé, toujours par l'entremise du Bureau du registraire de l'OIIQ, à une relance postale auprès de toutes celles qui n'avaient pas déjà retourné les questionnaires. Cette procédure a permis d'augmenter le taux de réponse de l'enquête

puisque seulement 34 % des répondantes avaient répondu au premier envoi et qu'à la suite de la relance, le taux de réponse s'est élevé à 53,2 % (Burns et Grove, 1993).

3.7 Considérations éthiques

Ce projet d'étude a été déposé au Comité d'éthique de la recherche sur l'humain du centre de recherche clinique du Centre hospitalier universitaire de la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke pour l'obtention d'un certificat d'éthique. Une fois l'approbation du Comité d'éthique reçue, toutes les procédures de collecte de données ont été enclenchées. Les répondantes ont été sélectionnées de façon anonyme par le Bureau de registraire de l'OIIQ à partir de la banque de données des membres. L'OIIQ s'est occupé de l'envoi des questionnaires aux répondantes selon un processus rigoureux respectant la confidentialité. Le retour des questionnaires s'est réalisé via le domicile de l'investigatrice principale à partir du système de codification (chiffre) afin de conserver l'anonymat des répondantes. Puisque l'envoi et la réception des questionnaires aux répondantes ont été effectués selon une procédure qui protège l'anonymat, il n'était pas nécessaire d'inclure un formulaire de consentement. Une lettre explicative fournissant une brève description de l'étude, des objectifs, et des conditions liées à la participation était incluse à l'envoi postal. Les répondantes étaient libres de participer ou non à l'enquête. Il faut noter que le fait de remplir le questionnaire et de le retourner constitue un consentement implicite de la part des répondantes. Également, il est important de préciser que toutes les répondantes étaient avisées qu'en tout temps elles pouvaient se

retirer de l'étude. De plus, le contenu du questionnaire tient compte de l'intégrité de la personne, il respecte la confidentialité des informations.

3.8 Analyse des données

Dans un premier temps, des analyses descriptives des données du questionnaire d'enquête ont été effectuées à partir des mesures de tendance centrale (la moyenne, la médiane et le mode) et des mesures de dispersion (l'étendue, l'écart type, la variance) pour chacun des trois concepts mesurés dans le questionnaire, soit les connaissances, les habiletés et les attitudes (Burns et Grove, 1993).

Les analyses descriptives ont pour but de fournir un portrait global de l'échantillon lorsqu'il existe peu de données à propos d'un phénomène. Les mesures de tendance centrale permettent, à titre indicatif, de déterminer le centre du regroupement des données de la distribution de l'échantillon. Les mesures de dispersion identifient le degré d'étalement des données, c'est-à-dire, la variation des données autour de la moyenne (Fortin, 1996 ; Burns et Grove, 1993). L'ensemble des résultats est illustré au chapitre IV à l'aide de tableaux de distribution de fréquences, d'histogrammes et de figures.

Dans un deuxième temps, des analyses descriptives comparatives des données du questionnaire d'enquête ont été réalisées en vue d'identifier les différences de moyennes entre des sous-groupes formés à partir de quatre groupes de l'échantillon. Ces quatre groupes et leurs sous-groupes respectifs sont le sexe (homme / femme), le groupe d'âge

(≤ 40 ans / > 40 ans), la fonction (gestionnaire / clinicienne) et le nombre d'années d'expérience (2-10 ans / 11-20 ans / > 20 ans). En raison du faible nombre de répondantes occupant certaines fonctions, par exemple conseillère/consultante (1), les investigatrices ont rassemblé les fonctions d'infirmière chef et d'assistante infirmière chef en vue de former le sous-groupe de gestionnaire et ont rassemblé les fonctions d'infirmière clinicienne, de clinicienne spécialisée, de conseillère/consultante et de professeure pour former le sous-groupe de clinicienne pour finalement comparer ces deux sous-groupes entre eux. Afin de déterminer s'il existe une différence significative suffisamment grande entre deux sous-groupes (par exemple, les femmes versus les hommes) comparés de l'échantillon, le test de signification statistique t a été utilisé. Le seuil critique de signification du test t est de $p < 0,05$ (Fortin, 1996 ; Burns et Grove, 1993). Il faut noter que pour procéder à l'analyse comparative en fonction du niveau d'expérience, le test de signification statistique d'analyse de la variance (ANOVA) a été utilisé. Tout comme le test de signification statistique du test t permet de comparer les différences entre des moyennes de deux sous-groupes de l'échantillon, plus flexible, le test ANOVA permet d'identifier les différences qui existent entre deux ou plusieurs sous-groupes (Fortin, 1996). Le seuil critique de signification du test ANOVA est de $f < 0,05$ (Fortin, 1996). Ainsi, le groupe portant sur le nombre d'années d'expérience comportait trois sous-groupes (2-10 ans / 11-20 ans / > 20 ans).

Comme expliqué précédemment au point 3.4.2.1, l'analyse statistique des résultats du questionnaire d'enquête a été réalisée et tous les énoncés détenant une cote moyenne de 3,4 soit 85 % de consensus, ont été retenus comme des énoncés de connaissances,

d'habiletés et d'attitudes jugés importants ou très importants à l'exercice de l'infirmière praticienne en soins d'urgence. Tous les énoncés retenus pourraient, éventuellement, servir à une analyse de besoins de formation de l'infirmière praticienne en soins d'urgence.

Notons que toutes les analyses descriptives et comparatives réalisées dans le cadre de cette enquête l'ont été à partir du logiciel de traitement statistique SPSS 10.0.

Chapitre 4: Présentation des résultats

Ce chapitre présente les résultats obtenus suite à une enquête dont le but était de connaître la perception des infirmières québécoises œuvrant en soins d'urgence quant aux connaissances, aux habiletés et aux attitudes qu'elles jugent importantes et très importantes à l'exercice de l'infirmière praticienne en soins d'urgence.

Ce chapitre se divise en deux parties, la première partie porte sur la présentation du profil des répondantes et la deuxième sur les résultats d'analyses descriptives et comparatives portant sur les connaissances, les habiletés et les attitudes.

4.1 Profil des répondantes

Sur un nombre possible de 139 répondantes, 74 ont répondu au questionnaire d'enquête. Cet échantillon se répartit dans 32 établissements de soins de santé secondaires et tertiaires au Québec.

Le taux de réponses s'élève à 53,2 %. Si on s'en tient aux propos de Burns et Grove (1993) ce taux est assez élevé. Ces auteurs soutiennent que le taux de réponses à un questionnaire auto-administré par envoi postal est habituellement de 25 % et 30 %.

Des 74 répondantes, sept n'ont pas retourné le questionnaire de renseignements sociodémographiques. Nous avons donc pu procéder à l'analyse des données sociodémographiques de 67 répondantes (47,5 %).

La majorité des répondantes se classent dans le groupe d'âge des 40 à 54 ans (N=35, 54,7 %). Les autres sont âgées entre 25 et 39 ans (N=26, 40,6 %). Un très faible nombre de répondantes sont âgées de plus de 55 ans (N=3, 4,7 %). Aucune des répondantes se trouve dans le groupe d'âge des moins de 24 ans. Le tableau 1 présente les caractéristiques des répondantes.

TABLEAU 1
Caractéristiques des répondantes (N=67)

	Fréquence (N)	%
<u>Groupe d'âge</u>		
Moins de 24 ans	0	0
Entre 25 et 39 ans	26	38,8
Entre 40 et 54 ans	38	56,7
Plus de 55 ans	3	4,5
Total	67	100,0
<u>Sexe</u>		
Femme	58	86,5 %
Homme	9	13,5 %
Total	67	100,0

La majorité des répondantes occupent la fonction d'assistante infirmière-chef (N=37, 55,2 %). Cela est probablement dû au fait que cette fonction comporte un plus grand nombre d'infirmières par service de soins d'urgence comparativement aux autres fonctions où habituellement une seule infirmière par service occupe la fonction (par exemple, infirmière clinicienne). La fonction d'infirmière chef compte un nombre un peu moins élevé parce qu'il n'y a qu'une infirmière-chef par service de soins d'urgence (N=13, 19,4 %). Pour sa part, la fonction de clinicienne (incluant l'infirmière éducatrice

et l'infirmière de liaison) suit de près la fonction d'infirmière chef (N=10, 14,9 %). Quant à la fonction d'infirmière clinicienne spécialisée, cette fonction est encore en processus de développement au Québec. Peu de services de soins d'urgence se sont prévalus des services d'une infirmière clinicienne spécialisée ce qui explique en partie le faible taux de réponses (N=4, 6,0 %). D'ailleurs, il est intéressant de noter que selon les données statistiques de l'OIIQ (2002) sur les infirmières en soins d'urgence, les quatre infirmières cliniciennes spécialisées œuvrant actuellement en soins d'urgence au Québec ont été rejointes. Tout comme pour la fonction d'infirmière clinicienne spécialisée, la fonction d'infirmière conseillère/consultante représente un faible nombre d'infirmières dans nos services de soins d'urgence. Nous avons donc rejoint la seule infirmière dans cette fonction (N=1, 1,5 %). Enfin, pour la fonction de professeure en soins d'urgence, les deux seules professeures (provenant des universités) ont été rejointes (N=2, 3,0 %). Le tableau 2 fait état des fonctions occupées par les répondantes.

TABLEAU 2

Fréquences des fonctions occupées par les répondantes (N=67)

Fonction	Fréquence (N)	%
Assistante infirmière-chef	37	53,1
Infirmière-chef	13	20,3
Clinicienne	10	15,6
Clinicienne spécialisée	4	6,3
Professeure	2	3,1
Conseillère/consultante	1	1,6
Total	67	100

Les répondantes exercent en établissements de soins secondaires (N=39, 60,0 %) et de soins tertiaires (N=26, 40,0 %).

Les répondantes possèdent en général entre 11 et 20 ans d'expérience en soins d'urgence (N=31, 46,3 %). Les autres comptent entre deux et dix ans d'expérience (N=26, 38,8 %). Enfin, quelques-unes travaillent en soins d'urgence depuis plus de 20 ans (N=10, 14,9 %). Le tableau 3 présente l'étendue de l'expérience des répondantes en soins d'urgence.

TABLEAU 3

Expérience des répondantes en soins d'urgence (N=67)

Années d'expérience en soins d'urgence	Fréquence (N)	%
2-10 ans	26	38,8
11-20 ans	31	46,3
Plus de 20 ans	10	14,9
Total	67	100

L'expérience en soins infirmiers des répondantes ailleurs qu'en soins d'urgence est variée. Une proportion de 29,9 % (N=20) ont œuvré pour moins de deux ans dans d'autres domaines de spécialité telles qu'en chirurgie, médecine, etc..., avant d'exercer en soins d'urgence. D'autres répondantes soit, 29,9 % (N=20) ont exercé entre deux et dix ans dans ces autres domaines de spécialité avant d'exercer en soins d'urgence, 23,9 % (N=16) ont consacré entre 11 et 20 ans de leur carrière en soins infirmiers dans ces autres domaines de spécialité avant de pratiquer en soins d'urgence et 16,4 % (N=11) des répondantes ont exercé pour plus de 20 ans dans ces autres domaines de spécialité avant de choisir de travailler en soins d'urgence.

De l'ensemble des répondantes, 94,0 % (N=63) ont un diplôme de baccalauréat en sciences infirmières alors que 6,0 % (N=4) détiennent un diplôme de maîtrise en sciences infirmières. Le niveau de formation des répondantes est présenté dans le tableau 4.

TABLEAU 4

Formation académique en sciences infirmières des répondantes (N=67)

Formation académique	Fréquence (N)	%
Diplôme de baccalauréat	63	94,0
Diplôme de maîtrise	4	6,0
Total	67	100

La majorité des répondantes n'ont pas suivi de formation continue soit 41,8 % (N=28). Un nombre de 37,3 % (N=25) des répondantes possède une formation continue de niveau avancé telle que l'Advanced Cardiac Life Support (ACLS), le Pediatric Advanced Life Support (PALS), le Trauma Nursing Core Course (TNCC) et le Course in Advanced Trauma Nursing (CATN). Quelques répondantes ont obtenu leur formation de réanimation cardiorespiratoire soit 20,9 % (N=14). D'autres, soit 14,9 % (N=10), ont suivi une formation ou une certification autre que celles mentionnées dans le questionnaire de renseignements sociodémographiques. Enfin, un faible nombre des répondantes ont reçu la certification nationale en soins d'urgence offerte par l'Association canadienne des infirmières et infirmiers du Canada (N=2, 3,0 %).

4.2 Résultats d'enquête sur les connaissances, les habiletés et les attitudes

4.2.1 Analyses descriptives

En premier lieu, le score moyen, la médiane, le mode, l'écart type, la variance et l'étendue ont été calculés pour chacun des énoncés de connaissances, d'habiletés et d'attitudes. De façon générale, ces mesures de statistique descriptives ont été choisies en raison de leur capacité à donner une vision globale de la perception d'importance de l'ensemble des répondantes (très important à pas important).

Étant donné que la moyenne est grandement influencée par les valeurs extrêmes (Fortin, 1996), le calcul du pourcentage de consensus des répondantes en vue d'obtenir une identification plus juste des énoncés de connaissances, d'habiletés et d'attitudes qui sont jugés importants et ceux jugés non-importants a été utilisé. Pour ce faire, nous avons regroupé en fréquence et en pourcentage tous les scores d'importance qui étaient égaux ou supérieurs à un consensus de 85 %, c'est-à-dire que les répondantes avaient attribué un score de 3 (important) ou 4 (très important) à l'énoncé. Ainsi, les énoncés ayant un tel score ont été retenus comme étant jugés nécessaires à l'exercice de l'infirmière praticienne en soins d'urgence. Quant aux énoncés détenant un score inférieur à un consensus de 85 %, c'est-à-dire ceux pour lesquels les répondantes accordaient peu d'importance en attribuant un score de 1 (pas important) ou 2 (peu important), ils ont été rejetés et considérés comme étant jugés non-nécessaires à l'exercice de l'infirmière praticienne en soins d'urgence.

4.2.1.1 Connaissances

Le tableau 5 présente tout d'abord les 30 énoncés de connaissances pour lesquels les répondantes ont accordé un degré d'importance se trouvant égal ou supérieur à 85 % de consensus donc un score de 3 ou 4. Dans ce même tableau, les sept énoncés de connaissances jugés moins importants, c'est-à-dire se trouvant inférieurs à 85 % de consensus donc un score de 1 ou 2, y sont également présentés (une bordure à trois lignes en caractère gras sépare les deux catégories). Tous les énoncés sont classés du plus important au moins important.

TABLEAU 5

Énoncés de connaissances (37) jugés de très important à pas important
par les répondantes

No	Énoncé	Fréquence N	% d'accord	Moyenne	Écart type	Min.	Max.
L'infirmière praticienne en soins d'urgence possède une connaissance de...							
2.	Signes et symptômes	74/74	100,0	3,99	,116	3	4
1.	Anatomie, la physiologie, la pathologie	74/74	100,0	3,89	,313	3	4
8.	Notions scientifiques et procédurales de la traumatologie	74/74	100,0	3,84	,371	3	4
9.	Interventions et traitements	74/74	100,0	3,82	,383	3	4
33.	Code de déontologie et d'éthique infirmière	74/74	100,0	3,78	,414	3	4
18.	Traitement des plaies	74/74	100,0	3,65	,481	3	4
35.	Enseignement approprié pour la clientèle	74/74	100,0	3,59	,494	3	4
14.	Évaluation, perméabilité et maintien des voies respiratoires	73/74	98,7	3,82	,417	2	4
27.	Ressources professionnelles	73/74	98,7	3,80	,437	2	4
25.	Stratégies de résolution de problèmes	73/74	98,7	3,78	,504	1	4
32.	Fonctionnement des services d'urgence au Québec	73/74	98,6	3,88	,436	1	4

No	Énoncé	Fréquence N	% d'accord	Moyenne	Écart type	Min.	Max.
	L'infirmière praticienne en soins d'urgence possède une connaissance de...						
34.	Aspects légaux et les normes médicaux-légales appliqués dans les services d'urgence au Québec	72/74	97,3	3,69	,521	2	4
6.	Examens et tests diagnostiques qui réfèrent aux produits biologiques	72/74	97,3	3,61	,544	2	4
3.	Pharmacologie	72/74	97,3	3,59	,547	2	4
36.	Enseignement approprié pour les infirmières et les autres professionnels	72/74	97,3	3,49	,555	2	4
5.	Aproche systématique en vue de développer un diagnostic différentiel	71/74	96,0	3,69	,547	2	4
21.	Arythmies cardiaques	71/74	96,0	3,69	,547	2	4
23.	Défibrillateur cardiaque externe	71/74	95,9	3,69	,595	1	4
4.	Examen clinique	70/74	94,6	3,70	,567	2	4
24.	Stratégies de collaboration et de consultation interdisciplinaire et multidisciplinaire	70/74	94,6	3,66	,580	2	4
26.	Planification du congé et de la continuité des soins	69/74	93,2	3,64	,653	1	4
22.	Cardioversion et défibrillation	69/74	93,2	3,62	,613	2	4
37.	Soins de santé primaires et auto-soins	67/74	90,5	3,41	,660	2	4
15.	Intubation et l'extubation endotrachéale	67/74	90,5	3,34	,727	1	4
17.	Anesthésie locale à appliquer lors d'une intervention chirurgicale mineure	66/73	90,4	3,36	,695	1	4
19.	Traitements à appliquer lors d'une fracture	65/74	87,8	3,30	,754	1	4
16.	Ventilation mécanique et paramètres à utiliser	65/74	87,8	3,22	,763	1	4
28.	Théories en sciences infirmières	64/74	86,5	3,45	,761	1	4
12.	Drain thoracique	64/74	86,5	3,20	,740	1	4
29.	Participer à des recherches et utiliser des résultats probants dans sa pratique	64/74	86,5	3,16	,759	1	4

No	Énoncé	Fréquence N	% d'accord	Moyenne	Écart type	Min.	Max.
	L'infirmière praticienne en soins d'urgence possède une connaissance de...						
31.	Structure organisationnelle des services de santé au Québec	59/74	79,7	3,20	,827	1	4
7.	Examens et des tests diagnostiques qui réfèrent au domaine de la radiologie et de la médecine nucléaire	58/74	78,3	3,05	,774	1	4
11.	Décompression thoracique à partir d'une aiguille	57/74	77,0	3,08	,807	1	4
13.	Cricothyrotomie et la trachéotomie	56/74	75,7	2,99	,767	1	4
20.	Différentes ponctions (vasculaire, lombaire, articulaire, synoviale)	52/74	70,2	2,95	,874	1	4
10.	Lavage péritonéal	48/74	64,9	2,72	,884	1	4
30.	Statistique	45/74	60,8	2,77	,853	1	4

L'examen de ces tableaux nous permet, d'une part, de constater que les énoncés (30) jugés plus importants présentent une faible étendue (de 3 à 4 par exemple). Ces résultats nous confirment qu'il y a peu de différence d'opinion entre les répondantes quant à ces énoncés de connaissances. À l'inverse, les énoncés (7) jugés moins importants présentent une plus grande étendue (de 1 à 4) démontrant une plus grande diversité d'opinion entre les répondantes.

D'autre part, à la lumière de ces résultats, on constate qu'il y a consensus entre les répondantes quant à l'importance qu'elles attribuent aux connaissances jugées nécessaires à l'exercice de l'infirmière praticienne en soins d'urgence au Québec présentées dans le questionnaire d'enquête. La majorité d'entre elles accordent un score élevé à l'ensemble des connaissances. D'ailleurs, les résultats de cette enquête

démontrent que la majorité des énoncés soit 81,1 % (30) des 37 énoncés rencontrent le consensus de 85 % alors que 18,9 % (7) des énoncés ne passent pas la barre des 85 %.

4.2.1.2 Habiletés

En vue de démontrer les 25 énoncés d'habiletés retenus comme importants ou très importants par les répondantes, le tableau 6 illustre les résultats d'enquête. Les 13 énoncés d'habiletés jugés moins importants sont présentés à la suite des 25 énoncés d'habiletés jugés plus importants (une bordure à trois lignes en caractère gras sépare les deux catégories). Tous les énoncés sont classés du plus important au moins important.

TABLEAU 6

Énoncés d'habiletés (38) jugés de très important à pas important
par les répondantes

No	Énoncé	Fréquence N	% d'accord	Moyenne	Écart type	Min.	Max.
	L'infirmière praticienne en soins d'urgence possède l'habileté à...						
2.	Reconnaître les signes et les symptômes	74/74	100,0	3,99	,116	3	4
3.	Identifier les conditions de santé requérant une intervention immédiate et intervenir	74/74	100,0	3,93	,253	3	4
7.	Dispenser des soins de santé en respectant l'intégrité et l'intimité	74/74	100,0	3,92	,275	3	4
9.	Évaluer la réponse de la personne aux soins et aux traitements dans un délai approprié	74/74	100,0	3,84	,371	3	4
1.	Utiliser des connaissances approfondies en anatomie, physiologie et pathologie	74/74	100,0	3,81	,394	3	4
8.	Établir une collaboration interdisciplinaire et multidisciplinaire étroite	74/74	100,0	3,81	,394	3	4
35.	Utiliser les principes de déontologie et d'éthique infirmière	73/74	98,6	3,81	,428	2	4
38.	Enseigner à la clientèle	73/74	98,6	3,78	,446	2	4
4.	Administrer et prescrire des médicaments	73/74	98,6	3,73	,477	2	4
37.	Enseigner à diverses clientèles ou autres professionnels	73/74	98,6	3,73	,477	2	4
12.	Utiliser les ressources du système de santé québécois pour consultation ou pour référer	72/74	97,3	3,77	,484	2	4
15.	Prise en charge du patient polytraumatisé	72/74	97,3	3,77	,484	2	4
13.	Établir un diagnostic différentiel	72/74	97,3	3,68	,526	2	4
10.	Utiliser des stratégies de résolution de problèmes	71/74	96,0	3,69	,547	2	4
30.	Utiliser les fondements en sciences infirmières	70/73	95,9	3,67	,554	2	4
33.	Référer aux différentes composantes de la structure organisationnelle du système de santé du Québec	71/74	95,9	3,62	,566	2	4
36.	Exercer selon les normes médico-légales du Québec	70/74	94,6	3,72	,652	1	4
25.	Évaluer et identifier la physiopathogénèse cardiaque selon les arythmies cardiaques	70/74	94,6	3,57	,643	1	4

No	Enoncé	Fréquence N	% d'accord	Moyenne	Ecart type	Min.	Max.
L'infirmière praticienne en soins d'urgence possède l'habileté à...							
34.	Planifier le congé en collaboration avec les autres professionnels de la santé	69/74	93,3	3,59	,660	1	4
17.	Évaluer et assurer la perméabilité des voies respiratoires	69/74	93,2	3,73	,580	2	4
11.	Coordonner les soins et analyser les écarts pour ajuster le suivi de la personne	69/74	93,2	3,57	,621	2	4
6.	Faire preuve de leadership	67/74	90,6	3,57	,704	1	4
5.	Procéder à l'examen clinique	66/73	90,4	3,53	,709	1	4
27.	Procéder à la défibrillation cardiaque externe	65/74	87,9	3,49	,815	1	4
14.	Prescrire et interpréter les examens diagnostiques	63/72	87,5	3,36	,844	1	4
31.	Contribuer à la recherche et utiliser des résultats probants dans ses interventions	62/74	83,7	3,24	,791	1	4
32.	Participer à la diffusion de résultats probants	59/74	79,7	3,07	,833	1	4
28.	Procéder à l'installation du pacemaker externe et assurer la surveillance de l'état de santé	56/74	75,7	3,18	1,012	1	4
23.	Faire des points de suture	56/74	75,6	3,16	,980	1	4
24.	Procéder à une anesthésie locale	55/74	74,3	3,15	,989	1	4
26.	Procéder à la cardioversion	51/74	68,9	3,11	1,028	1	4
22.	Assurer et ajuster les paramètres de la ventilation mécanique	50/73	68,5	2,93	,948	1	4
18.	Procéder à une intubation et une extubation endotrachéale	49/74	66,2	2,97	1,072	1	4
19.	Effectuer une décompression thoracique à l'aide d'une aiguille	37/74	50,0	2,59	,964	1	4
21.	Faire une cricothyrotomie/trachéotomie	31/73	42,5	2,47	,973	1	4
20.	Installer un drain thoracique	30/73	41,1	2,40	,909	1	4
16.	Procéder au lavage péritonéal	28/73	38,3	2,29	,858	1	4
29.	Procéder à des ponctions invasives (vasculaire, articulaire, lombaire,...)	26/72	36,1	2,29	,956	1	4

À l'étude de ces tableaux, nous pouvons remarquer que les six premiers énoncés jugés comme les plus importants par les répondantes présentent une faible étendue oscillant entre le score 3 et 4. Cette situation démontre que l'ensemble des répondantes partage la même opinion à l'égard de ces énoncés d'habiletés. Toutefois, les 19 autres énoncés jugés comme les plus importants font preuve d'une plus grande étendue, soit un score d'importance variant de 1 à 4. Ainsi, les répondantes présentent davantage de divergence d'opinion envers ces énoncés.

De façon générale, suite à l'analyse des énoncés portant sur les habiletés, on peut constater que la perception des répondantes quant à l'importance qu'elles accordent aux habiletés jugées nécessaires à l'exercice de l'infirmière praticienne en soins d'urgence présente une plus grande hétérogénéité que celle en lien avec les connaissances. Contrairement aux résultats obtenus portant sur les énoncés de connaissances, les résultats sur les énoncés d'habiletés établissent que seulement 65,8 % (25) des 38 énoncés rencontrent le consensus de 85 % et que 34,2 % (13) des énoncés ne vont pas au-delà de la barre des 85 %.

4.2.1.3 Attitudes

Enfin, pour les attitudes, tous les énoncés ont obtenu un consensus d'au moins 85 %. Pour l'analyse de cette dernière variable, le tableau 7 présente tous les énoncés retenus comme les plus importants par les répondantes.

TABLEAU 7

Énoncés des attitudes jugées nécessaires (20) par les répondantes

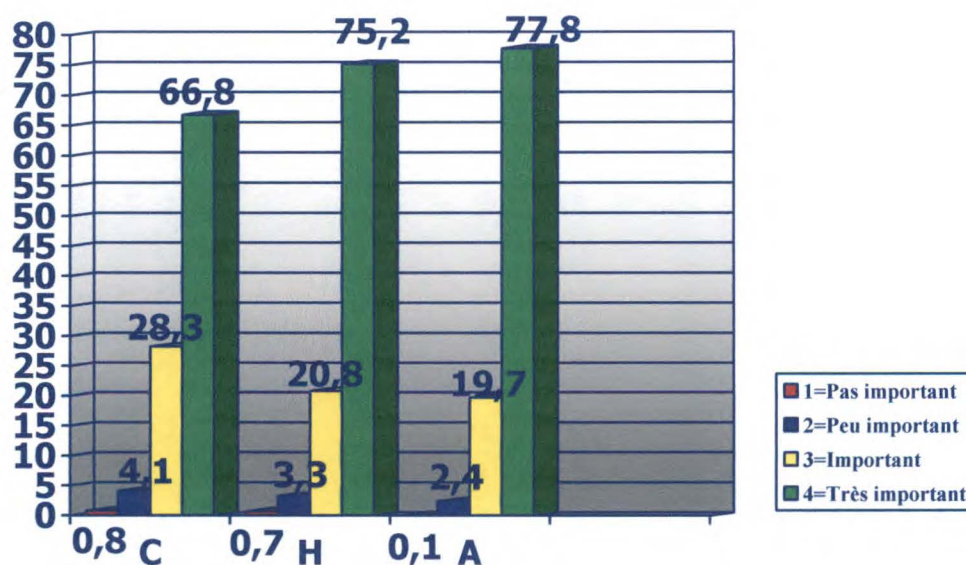
No	Énoncé	Fréquence N	% d'accord	Moyenne	Écart type	Min.	Max.
	L'infirmière praticienne en soins d'urgence possède les attitudes de...						
20.	Prudence professionnelle	74/74	100,0	3,95	,228	3	4
19.	Ouverture à maintenir ses compétences cliniques et théoriques à jour	74/74	100,0	3,93	,253	3	4
10.	Preuve de leadership	74/74	100,0	3,86	,344	3	4
9.	Confiance, de respect et d'égalité	74/74	100,0	3,85	,358	3	4
6.	Empowerment de la personne responsable de sa santé, toutefois, elle peut avoir besoin d'encouragement et d'information	74/74	100,0	3,82	,383	3	4
11.	Modèle de rôle par une attitude de motivation, de leadership et d'empowerment	74/74	100,0	3,81	,394	3	4
15.	Engagement à soulever des questions éthiques	73/74	98,7	3,74	,470	2	4
5.	Respect des choix de la personne et son rythme d'adaptation	73/74	98,6	3,82	,383	3	4
2.	Considération de la personne comme un tout indissociable	72/74	97,3	3,89	,391	3	4
8.	Membre autonome dans l'équipe de soins interdisciplinaire	72/74	97,3	3,80	,468	2	4
14.	Protection des intérêts de la personne	72/74	97,3	3,78	,476	2	4
4.	Reconnaissance de l'influence qu'exerce l'histoire personnelle et familiale, l'hérédité et la perception de l'avenir sur la personne	72/74	97,3	3,73	,505	2	4
1.	Centrer sa pratique sur la personne	72/74	97,3	3,72	,511	2	4
16.	Collaboration avec les autres établissements	72/74	97,3	3,68	,526	2	4
7.	Considération de l'environnement comme d'un facteur d'influence	71/74	96,0	3,72	,537	2	4
3.	Prise de conscience des forces personnelles	71/74	96,0	3,69	,547	2	4
13.	Utilisation de la pratique réflexive (auto- critique face à sa pratique)	71/74	96,0	3,69	,547	2	4
17.	Personne ressource dans l'élaboration de programmes éducatifs	71/74	95,9	3,65	,560	2	4
12.	Critique vis-à-vis le savoir et le pouvoir	69/74	93,2	3,68	,599	2	4
18.	Engagement dans l'avancement de la discipline infirmière	66/73	90,4	3,38	,738	1	4

Suite à l'examen de ce tableau, on peut observer que l'étendue est plutôt variable oscillant entre un score de 2 à 4. Les résultats démontrent tout de même que la totalité des énoncés (100 %) soit 20 des 20 énoncés portant sur les attitudes ont obtenu un consensus de 85 %. Alors, malgré que le score d'importance attribué par les répondantes pour chacun des énoncés varie, l'ensemble des énoncés d'attitudes (20) présentés dans le questionnaire d'enquête ont été jugés nécessaires par l'ensemble des répondantes en vue d'exercer en tant qu'infirmière praticienne en soins d'urgence au Québec.

En guise de résumé et afin de tracer une représentation claire de l'ensemble des résultats sur les énoncés de connaissances, d'habiletés et d'attitudes, l'histogramme suivant illustre les résultats.

HISTOGRAMME 1

Résultats d'enquête sur la perception des répondantes à l'égard des connaissances, des habiletés et des attitudes de l'infirmière praticienne en soins d'urgence



4.2.2 Analyses comparatives

En deuxième lieu, pour l'ensemble des énoncés de connaissances, d'habiletés et d'attitudes, des analyses descriptives comparatives ont été réalisées en vue d'examiner les différences de perception entre des sous-groupes de chacun des quatre groupes de l'échantillon qui sont le sexe, le groupe d'âge, la fonction et le nombre d'années d'expérience en soins d'urgence. Ainsi, le sous-groupe des hommes a été comparé à celui des femmes, le sous-groupe des répondantes âgées de 40 ans et moins a été comparé à celui des répondantes âgées de plus de 40 ans, le sous-groupe de la fonction de gestionnaire a été comparé à celui de la fonction de clinicienne et, finalement le sous-groupe des répondantes qui ont entre 2 et 10 ans d'expérience en soins d'urgence, celui des répondantes qui ont entre 11 et 20 ans et celui des répondantes qui ont plus de 20 ans ont été comparé entre eux.

C'est à partir du test t que nous avons procédé à des analyses comparatives entre ces sous-groupes.

Pour l'analyse comparative entre les trois sous-groupes appartenant au groupe du nombre d'années d'expérience en soins d'urgence (2-10 ans / 11-20 ans / > 20 ans), les investigatrices ont utilisé le test de signification statistique d'analyse de la variance (ANOVA) étant donné qu'il y avait plus de deux sous-groupes à comparer. Rappelons que le seuil critique de signification du test t est de $p < 0,05$ et que le seuil critique de signification du test ANOVA est de $f < 0,05$ (Fortin, 1996 ; Burns et Grove, 1993).

Le tableau 8 illustre l'ensemble des énoncés de connaissances, d'habiletés et d'attitudes en fonction du groupe « sexe » présentant une différence significative à $p < 0,05$. La couleur rouge fait référence aux énoncés de connaissance et la couleur jaune aux énoncés d'habiletés.

TABLEAU 8

Analyse de variances des variables à l'étude selon le sexe

N	Énoncés	Sexe	N	Moyenne	Écart type	p
17	Anesthésie locale à appliquer lors d'une intervention chirurgicale mineure	Homme Femme	9 64	2,78 3,44	,667 ,664	,007
14	Prescrire et interpréter les examens diagnostiques	Homme Femme	10 62	2,80 3,45	1,135 ,761	,022
29	Procéder à des ponctions invasives	Homme Femme	10 62	1,70 2,39	,949 ,930	,034
16	Procéder au lavage péritonéal	Homme Femme	10 63	1,70 2,38	,949 ,812	,019
20	Installer un drain thoracique	Homme Femme	10 63	1,70 2,51	,949 ,859	,008
21	Faire une cricothyrotomie/trachéotomie	Homme Femme	10 63	1,90 2,56	,994 ,947	,047
19	Effectuer une décompression thoracique à l'aide d'une aiguille	Homme Femme	10 64	1,70 2,73	,675 ,930	,001
18	Procéder à une intubation et une extubation endotrachéale	Homme Femme	10 64	2,20 3,09	1,229 1,003	,013
22	Assurer et ajuster les paramètres de la ventilation	Homme Femme	9 64	2,11 3,05	,782 ,916	,005
24	Procéder à une anesthésie locale	Homme Femme	10 64	1,40 1,80	,516 ,406	,041
23	Faire des points de suture	Homme Femme	10 64	2,40 3,28	1,075 ,917	,007

L'étude de ce tableau permet d'observer que les différences significatives entre les perceptions des répondantes sur l'ensemble des énoncés, se situent particulièrement au niveau des énoncés d'habiletés (n=10). On peut remarquer que tous ces énoncés font référence à des activités médicales plus invasives et à plus haut risque de préjudice. De plus, seulement un énoncé de connaissance et aucun énoncé d'attitude soulève une différence significative entre les perceptions des répondantes. De façon générale, pour l'ensemble des énoncés de connaissances et d'habiletés présenté dans le tableau 8, on peut remarquer que les hommes accordent toujours moins d'importance que les femmes aux différents énoncés.

Quant à l'analyse comparative en lien avec tous les énoncés de connaissances, d'habiletés et d'attitudes en fonction du groupe d'âge, seulement un énoncé de connaissance présente une différence significative chez les répondantes. On peut observer que les répondantes âgées de plus de 40 ans accordent plus d'importance à l'énoncé d'habileté présenté que les répondantes de 40 ans ou moins. Le tableau 9 révèle ce résultat.

TABLEAU 9

Comparaison entre l'ÂGE et les variables à l'étude

N	Énoncé	Âge	N	Moyenne	Écart type	P
35	Utiliser les principes de déontologie et d'éthique infirmière	≤ à 40 ans	26	3,65	,562	,045
		> 40 ans	41	3,90	,300	

(test *t*, $p < 0,05$)

L'analyse comparative à l'égard des énoncés de connaissances, d'habiletés et d'attitudes quant à la fonction occupée par les répondantes dévoile, encore une fois, peu de différence significative entre les perceptions des répondantes des sous-groupes. Le tableau suivant présente les résultats de cette analyse comparative.

TABLEAU 10

Comparaison entre la FONCTION et les variables à l'étude

N	Énoncés	Fonction	N	Moyenne	Écart type	p
32	Fonctionnement des services d'urgence au Québec (triage, niveaux de soins, salle de choc/trauma)	Gestion Clinique	50 17	3,82 4,00	,523 ,000	,019
3	Identifier les conditions de santé requérant une intervention immédiate et intervenir	Gestion Clinique	50 17	3,90 4,00	,303 ,000	,024
15	Traumatologie (examen primaire et secondaire, prise en charge de patient polytraumatisé,...)	Gestion Clinique	50 17	3,70 3,94	,544 ,243	,016
22	Assurer et ajuster les paramètres de la ventilation mécanique	Gestion Clinique	50 16	2,76 3,38	,981 ,806	,026

(test *t*, $p < 0,05$)

À l'examen du tableau 10, on peut noter que trois énoncés d'habiletés et seulement un énoncé de connaissances montrent une différence significative chez les répondantes. De façon générale, on peut remarquer que les trois énoncés d'habiletés réfèrent à des activités à caractère très clinique. À ce sujet, les répondantes appartenant au sous-groupe de cliniciennes ont attribué plus d'importance à ces énoncés que les répondantes appartenant au sous-groupe des gestionnaires.

Enfin, l'analyse comparative concernant les énoncés de connaissances, d'habiletés et d'attitudes en fonction de l'expérience des répondantes en soins d'urgence démontre peu de différence significative chez les répondantes des sous-groupes. Le tableau 11 fait état des résultats de cette analyse.

TABLEAU 11

Comparaison entre L'EXPÉRIENCE en soins d'urgence
et les variables à l'étude

N	Enoncés	Expérience	N	Moyenne	Écart type	F
1	Anatomie, la physiologie, la pathologie	2-10 ans	26	3,88	,326	,032
		11-20 ans	31	3,87	,341	
		>20 ans	10	3,90	,316	
15	Intubation et l'extubation endotrachéale	2-10 ans	26	3,31	,736	,036
		11-20 ans	31	3,35	,755	
		>20 ans	10	3,30	,823	
12	Drain thoracique	2-10 ans	26	3,15	,732	,014
		11-20 ans	31	3,16	,779	
		> 20 ans	10	3,20	,789	
13	Utiliser la pratique réflexive (auto-critique face à sa pratique)	2-10 ans	26	3,69	,618	,008
		11-20 ans	31	3,68	,541	
		> 20 ans	10	3,70	,483	

(test *t*, $p < 0,05$)

À l'étude de ce dernier tableau, on peut constater que trois énoncés de connaissances présentent des différences significatives entre les perceptions des répondantes. Tout comme pour l'analyse comparative en fonction du sexe, les trois énoncés se rapportent à des connaissances tirées du noyau dur de la médecine. De façon unique, cette analyse comparative en fonction de l'expérience en soins d'urgence soulève une différence significative entre les perceptions des répondantes quant à un énoncé d'attitude. En général, les répondantes possédant plus de 20 ans d'expérience ont accordé plus

d'importance aux énoncés de connaissances et d'habiletés que celles ayant moins d'expérience.

En résumé, tous les résultats des analyses descriptives et comparatives permettent de tracer un portrait global de l'ensemble des perceptions des infirmières œuvrant en soins d'urgence ayant participé à l'enquête. Le chapitre suivant traitera de la discussion et de l'interprétation des résultats et proposera des recommandations liées à cette nouvelle pratique infirmière en soins d'urgence au Québec et à la recherche infirmière dans ce domaine.

Chapitre 5 : Discussion des résultats et recommandations

Ce dernier chapitre propose des explications aux résultats de l'enquête et présente également les forces, les limites ainsi que les retombés de l'étude. Enfin, il suggère des recommandations notamment des avenues de recherches futures en vue de poursuivre le développement du rôle de l'infirmière praticienne en soins d'urgence au Québec.

Cette enquête avait pour but de nous faire connaître la perception d'infirmières québécoises œuvrant en soins d'urgence quant aux connaissances, aux habiletés et aux attitudes qu'elles jugent importantes et très importantes à l'exercice de l'infirmière praticienne en soins d'urgence au Québec.

5.1 Représentativité de l'échantillon par rapport à la population infirmière du Québec

Soixante-quatorze des cent trente-neuf répondantes ciblées ont participé à cette étude. Un taux de réponses de 53,2 % a été obtenu. Comme mentionné précédemment, puisque sept répondantes n'ont pas retourné le questionnaire de renseignements sociodémographiques, l'analyse de ces données a été réalisée pour les 67 répondantes l'ayant retourné. Les renseignements sociodémographiques sur l'âge et le sexe de l'échantillon recruté correspondent pertinemment à la population infirmière en général. Un bon nombre des répondantes de l'échantillon (38/67, 56,7 %) sont âgées entre 40 et 54 ans. Ces résultats ne sont pas surprenants puisque selon l'OIIQ (2003), l'âge moyen des infirmières québécoises est de 42,7 ans et l'âge moyen des infirmières détenant un diplôme universitaire et occupant une fonction, entre autres, de clinicienne, de gestionnaire ou de

directrice de soins se situe entre 45 et 50 ans. Conformément aux données sociodémographiques de l'OIIQ (2002), notre échantillon composé de 95,5 % de femmes est tout à fait semblable à la population infirmière sachant que cette dernière est composée de 91 % de femmes et 9 % d'hommes.

Quant à la formation académique, la majorité des répondantes (63/67, 94,0 %) détient une formation de baccalauréat en sciences infirmières ou l'équivalent et seulement 4 sur 67 (6,0 %) détiennent un diplôme de maîtrise. Ce résultat fait état de la réalité de la formation des infirmières au Québec sachant qu'une très faible majorité (5,9 %) détient une formation de deuxième ou troisième cycle universitaire en sciences infirmières (OIIQ, 2002).

Les résultats obtenus sur l'expérience des répondantes en soins d'urgence, soit 26 répondantes ont entre deux et dix ans d'expérience, 31 répondantes ont entre 11 et 20 ans et 10 répondantes ont plus de 20 ans donnant une moyenne de 13,3 ans d'expérience en soins d'urgence, démontrent que les répondantes, basé sur une longue expérience en soins d'urgence, jugent considérable les compétences nécessaires à l'infirmière praticienne en soins d'urgence par rapport à la réalité clinique de ce domaine de spécialité au Québec. D'ailleurs, Benner (1984) considère qu'une infirmière est compétente dans un domaine de spécialité clinique lorsqu'elle détient entre deux et trois ans d'expérience dans ce domaine. Benner (1984) mentionne également que le jugement clinique d'une infirmière compétente repose sur une analyse consciente, abstraite et analytique de la situation problématique.

Les résultats d'enquête quant à la fonction occupée par les répondantes représentent bien la population infirmière québécoise. Une bonne majorité des répondantes (37/67, 55,2 %) occupe une fonction d'assistante infirmière-chef. Actuellement, les établissements de soins de santé comptent un plus grand nombre de postes pour cette fonction comparativement aux autres fonctions telles qu'infirmière-chef ou clinicienne. Pour sa part, la fonction d'infirmière-chef comporte un plus petit nombre de répondantes (N=13, 19,4 %) en raison de sa fonction unique par service de soins d'urgence. De même, seulement deux répondantes occupent une fonction de professeure à l'université. L'OIIQ (2002) mentionne qu'il existe une pénurie importante de professeures en sciences infirmières et qu'il est urgent de prévoir une relève du corps professoral. Les résultats d'enquête mettent également en évidence le faible nombre de postes d'infirmière clinicienne éducatrice, d'infirmière clinicienne spécialisée ainsi que d'infirmière conseillère/consultante existant actuellement à travers tout le réseau québécois de soins d'urgence. Dix (14,9 %) infirmières cliniciennes éducatrices, quatre (6,0 %) infirmières cliniciennes spécialisées et une (1,5 %) infirmière conseillère/consultante ont répondu au questionnaire d'enquête. Selon les données statistiques de l'OIIQ (2002), il y a un total de dix infirmières cliniciennes éducatrices, quatre infirmières cliniciennes spécialisées et trois infirmières conseillères/consultantes. Les investigatrices de cette enquête ont donc été en mesure de rejoindre presque la totalité des répondantes occupant ces fonctions en soins d'urgence au Québec.

Enfin, les résultats compilés quant au type d'établissement de pratique des répondantes ont soulevé certains questionnements. Les répondantes devaient indiquer par un crochet dans le questionnaire sociodémographique si elles travaillaient dans un établissement de soins de santé « secondaires » ou « tertiaires ». Toutefois, l'analyse des résultats a permis de constater que certaines répondantes ne possédaient pas une bonne compréhension des termes « secondaire » ou « tertiaire ». Certaines d'entre elles ont écrit des commentaires précisant qu'elles n'étaient pas persuadées de la justesse de leur réponse. D'autres ne répondaient tout simplement pas à la question en laissant un espace blanc. Malgré que le calcul statistique de ces données ait tout de même été réalisé, les résultats ne semblent pas représentatifs.

5.2 Valorisation des connaissances, des habiletés et des attitudes en soins d'urgence

5.3.1 Analyses descriptives

Comme on a pu le constater dans le chapitre précédent, les résultats obtenus démontrent que les répondantes ont accordé une importance élevée aux énoncés de connaissances et d'habiletés se rapportant à la sémiologie.

Dans les deux cas, 98,6 % des répondantes ont répondu « 4 » signifiant très important sur l'échelle de Likert et 1,4 % ont répondu « 3 » signifiant important. Les répondantes ont également accordé beaucoup d'importance aux énoncés de connaissances et d'habiletés en lien avec l'anatomie et la physiopathologie (89,2 % pour les connaissances et 81,1 %

pour les habiletés ont répondu « 4 » et 10,8 % et 18,9 % ont répondu « 3 ») leur permettant d'identifier les problèmes de santé, les interventions et les traitements (82,4 % pour les connaissances et 93,2 % pour les habiletés ont répondu « 4 » et 17,6 % et 6,8 % ont répondu « 3 »). L'ensemble de ces résultats correspond aux écrits professionnels et aux études empiriques consultés dans le cadre de cette recherche. Plus de la moitié des cours théoriques composant le programme de formation de l'infirmière praticienne en soins d'urgence élaboré par Cole et Ramirez (1997) à l'Université du Texas à Houston portent sur l'examen clinique complet incluant l'histoire de santé et l'examen physique, l'anatomie, la physiopathologie, la pharmacologie, l'interprétation des résultats et le diagnostic différentiel, la prise en charge des signes et symptômes des problèmes de santé aigus et les traitements de ces problèmes de santé. Selon les responsables du programme (Cole et Ramirez, 1997), le contenu de ces cours permet l'acquisition de connaissances et d'habiletés cliniques nécessaires pour que l'infirmière praticienne soit en mesure d'établir des liens entre les signes et symptômes et les diverses pathologies, d'anticiper les risques de complication et de détérioration et d'intervenir dans différentes situations de soins d'urgence. Cole et Ramirez (1997) considèrent que ces cours sont les fondements de base pour fournir une formation adéquate et habiliter l'infirmière praticienne en soins d'urgence à exercer de façon compétente auprès de la clientèle des soins d'urgence. D'ailleurs, Cole et Ramirez (1999) ont procédé à l'évaluation du programme de formation de l'infirmière praticienne en soins d'urgence de l'Université du Texas à Houston en vue de vérifier si les connaissances et les habiletés enseignées dans le cadre du programme préparaient pertinemment les infirmières praticiennes à exercer leur rôle dans les services de soins d'urgence. Ils ont démontré que les infirmières praticiennes

diplômées de ce programme utilisent les connaissances et les habiletés enseignées sur les signes et symptômes, les interventions et les traitements de façon compétente auprès des diverses clientèles.

À la lumière des résultats et conformément aux dires de la littérature, les infirmières québécoises reconnaissent la nécessité pour l'infirmière praticienne en soins d'urgence de posséder les connaissances et les habiletés essentielles en sciences biomédicales (anatomie, physiopathologie, pharmacologie, sémiologie) lui permettant d'évaluer correctement la personne et de reconnaître chez elle les signes et symptômes associés à un problème de santé. De plus, elles considèrent la nécessité pour l'infirmière praticienne en soins d'urgence d'être en mesure d'identifier les problèmes de santé et d'intervenir adéquatement en vue de prévenir les risques de complication du problème de santé de l'individu. Elles semblent posséder le niveau d'imputabilité professionnelle requis par l'exercice de l'infirmière praticienne en soins d'urgence.

Dans le même ordre d'idées, les répondantes ont attribué une importance significative aux énoncés de connaissances et d'habiletés en lien avec le fait de prescrire des médicaments (97,3 % ont répondu 3 ou 4 pour les énoncés de connaissances et 98,6 % ont répondu 3 ou 4 pour les énoncés d'habiletés), d'établir un diagnostic différentiel (96,0 %, 97,3 %), de procéder à l'examen clinique complet (94,6 %, 90,4 %) et de procéder à la défibrillation cardiaque (93,2 %, 87,9 %). Ces activités caractérisent particulièrement le rôle de l'infirmière praticienne et réfèrent en partie au noyau dur de la médecine (Hamric et al., 2000 ; AIIC, 2002 ; AANP, 2002 ; Cole et Ramirez, 2000b ;

Shea et al., 1997). Ces résultats s'apparentent à une étude menée par Cole et Ramirez (2000b) sur les activités et les procédures de l'infirmière praticienne en soins d'urgence où l'examen clinique, la prescription et le diagnostic sont considérés comme étant des activités fondamentales nécessaires à l'exercice de l'infirmière praticienne. Les infirmières praticiennes en soins d'urgence ayant participé à cette dernière étude considèrent certaines activités comme étant importantes et très importantes, nommons à titre d'exemple, interpréter un électrocardiogramme à 12 dérivations, décider de retirer le collet cervical suite à un examen physique complet, prescrire et interpréter une radiographie, interpréter les valeurs d'un gaz artériel. Malgré la spécificité des activités présentées dans l'étude de Cole et Ramirez (2000b), ces activités sont reconnues comme faisant partie intégrante de l'examen clinique, de la prescription et du diagnostic. À la liste des activités reconnues importantes et très importantes s'ajoutent des activités médicales plus techniques et invasives comme par exemple, retirer un corps étranger de l'œil, faire des points de suture au visage et aux extrémités, procéder à une anesthésie locale, débrider une plaie de brûlure, faire une incision et drainer un abcès, réduire une dislocation et une fracture. D'autres activités médicales encore plus invasives (insérer un drain thoracique, procéder à une cricothyrotomie/trachéotomie,...) sont mentionnées dans la liste mais ne sont pas considérées comme des activités importantes ou très importantes.

Les résultats de la présente enquête permettent de constater que les infirmières québécoises possèdent des notions pertinentes quant au rôle attendu de l'infirmière praticienne. Elles jugent nécessaire de procéder à l'examen physique, de prescrire des médicaments et de diagnostiquer sachant que ces activités exigent des connaissances et

des habiletés poussées notamment en physiopathologie et en pharmacologie. Par contre, à l'image des infirmières praticiennes en soins d'urgence ayant participé à l'étude de Cole et Ramirez (2000b), les répondantes ont accordé une importance faible aux connaissances et aux habiletés en lien avec les activités à caractère plus médical et invasif comme par exemple, de procéder à des ponctions invasives (70,2 % ont répondu 3 ou 4 pour les énoncés de connaissances et 36,1 % ont répondu 3 ou 4 pour les énoncés d'habiletés), de procéder au lavage péritonéal (64,9 % ont répondu 3 ou 4 pour les énoncés de connaissances et 38,3 % ont répondu 3 ou 4 pour les énoncés d'habiletés), de faire une cricothyrotomie/trachéotomie (75,7 % ont répondu 3 ou 4 pour les énoncés de connaissances et 42,5 % ont répondu 3 ou 4 pour les énoncés d'habiletés), d'effectuer une décompression thoracique à l'aide d'une aiguille (77,0 % ont répondu 3 ou 4 pour les énoncés de connaissances et 50,0 % ont répondu 3 ou 4 pour les énoncés d'habiletés) et de procéder à une intubation et une extubation endotrachéale (% ont répondu 3 ou 4 pour les énoncés de connaissances et 42,5 % ont répondu 3 ou 4 pour les énoncés d'habiletés). Concordant avec l'étude empirique de Cole et Ramirez (2000b), les résultats obtenus soutiennent que les infirmières québécoises considèrent que les activités médicales invasives à caractère plus technique sont peu ou pas importantes pour exercer en tant qu'infirmière praticienne en soins d'urgence.

Les résultats obtenus à propos des énoncés de connaissances et d'habiletés en lien avec l'intubation (90,5 %, 66,2 %) ainsi que sur les énoncés de connaissances et d'habiletés en lien avec le drain thoracique (86,5 %, 41,1 %) présentent une disparité étonnante entre eux. Les répondantes semblent reconnaître l'importance de posséder des connaissances

approfondies sur l'intubation et le drain thoracique sans toutefois attribuer d'importance à l'habileté requise pour l'application de ces deux activités. Les perceptions des infirmières québécoises rejoignent celles ayant participé à l'étude de Cole et Ramirez (2000b) démontrant que seulement 72,2 % des 72 infirmières praticiennes en soins d'urgence accordaient de l'importance à l'habileté d'intuber et 58,3 % à l'habileté d'installer un drain thoracique. D'ailleurs, les résultats de l'étude de Cole et Ramirez (2000b) font état de la fréquence faible à laquelle les infirmières praticiennes étaient appelées à faire ces activités. Les présents résultats d'enquête pourraient s'expliquer en considérant que les répondantes accordent de l'importance aux connaissances en lien avec les deux activités en raison du niveau élevé d'évaluation et de surveillance clinique requis pour assurer la stabilité de la condition de santé d'un individu. Quant à l'importance faible accordée à l'habileté de faire ces deux activités, une explication possible des résultats obtenus pourrait être que ces dernières réfèrent à des activités médicales invasives à caractère plus technique et ne font pas partie de leur cadre habituel de pratique infirmière.

Par la suite, les répondantes accordent une importance élevée (97,3 %) aux énoncés de connaissances sur les examens et tests diagnostiques référant aux produits biologiques et accordent peu d'importance (78,3 %) aux énoncés de connaissances sur les examens et tests diagnostiques référant au domaine de la radiologie et de la médecine nucléaire. De plus, elles attribuent une importance relativement élevée (87,5 %) aux énoncés d'habiletés concernant la prescription et l'interprétation des examens diagnostiques appropriés (par exemple, radiologie, laboratoires,...). Dans la littérature, les auteurs considèrent que les connaissances et les habiletés reliées aux examens et tests

diagnostiques référant aux produits biologiques, au domaine de la radiologie et de la médecine nucléaire sont d'une importance majeure pour l'exercice de l'infirmière praticienne en soins d'urgence (Cole et Ramirez, 2000b ; Blunt, 1998 ; AANP, 2002). L'étude de Cole et Ramirez (2000b) rapporte notamment, parmi la liste d'activités considérées importantes et très importantes, les activités d'interprétation des résultats de gaz artériel (90,3 %) et de prescrire et interpréter les résultats de radiographie (87,5 %).

Cette situation pourrait se comparer à la situation en lien avec les activités médicales plus invasives où les infirmières ne sont pas habituées à ces nouvelles responsabilités et que l'exercice de l'infirmière praticienne au Québec est en dehors de leur cadre traditionnel de pratique infirmière. D'ailleurs, dans une étude réalisée auprès d'infirmières praticiennes exerçant en soins d'urgence en Californie, Shea et al. (1997) soutiennent que l'exercice de l'infirmière praticienne comparativement à l'exercice infirmier (soignante) ne fait pas partie du même paradigme. L'étude explique que l'infirmière soignante en soins d'urgence centre ses soins et ses interventions sur l'évaluation initiale et la surveillance des patients présentant des problèmes de santé chroniques et/ou aigus stables ou instables, sur des procédures simples et peu invasives, sur la planification du congé du patient et surtout sur l'enseignement au patient et à sa famille, alors que l'infirmière praticienne doit centrer ses soins et ses interventions en fonction de l'examen physique complet en vue d'identifier et de diagnostiquer les problèmes de santé du patient, de prescrire les examens diagnostiques et les médicaments appropriés afin de traiter judicieusement le patient. Malgré que l'infirmière praticienne exerce d'abord et avant tout en vertu de la discipline infirmière, son exercice professionnel comporte

inévitablement des modes de pratique médicale impliquant une familiarisation au sujet des contenus pratiques et théoriques de la discipline médicale (Shea et al., 1997). L'étude de Shea et al. (1997) pourrait justifier en partie l'ensemble des résultats obtenus en lien avec les énoncés de connaissances et d'habiletés nécessaires à l'exercice de l'infirmière praticienne en soins d'urgence au Québec soumis dans le questionnaire d'enquête.

L'AIIC (2002) et Cole et Ramirez (1997) considèrent que l'acquisition de connaissances et d'habiletés approfondies en recherche et en statistique est essentielle à l'exercice de l'infirmière praticienne afin qu'elle soit en mesure de collaborer à des recherches cliniques, d'intégrer des résultats probants dans sa pratique et d'assumer son rôle de leader notamment dans les rencontres d'équipes multidisciplinaires. L'AIIC (2002) précise qu'il est primordial de posséder des connaissances et des habiletés en statistiques pour analyser et interpréter des résultats de recherche. Les résultats obtenus de la présente enquête démontrent que les répondantes ont accordé peu d'importance pour les énoncés de connaissances et d'habiletés correspondant au domaine des statistiques (60,8 %, 83,7 %). Les raisons pouvant expliquer ce manque de reconnaissance de la part des répondantes envers les statistiques reposent sur le fait que ces dernières sont plongées dans le milieu clinique depuis un bon nombre d'années et ne sont pas en mesure de réaliser de façon concrète la nécessité de l'application de la statistique dans la réalité terrain.

Quant aux énoncés d'attitudes, les résultats révèlent un consensus de 100 % entre les répondantes. Notamment, l'ensemble des répondantes juge que la prudence

professionnelle est l'attitude la plus importante à adopter par l'infirmière praticienne en soins d'urgence. À cet effet, les écrits de Jones et Jones (1998) et Shea et al. (1997) établissent que, de façon incontournable, l'infirmière praticienne doit travailler en collaboration avec les médecins et les autres professionnels de la santé afin de respecter ses limites d'exercice professionnel. Ils spécifient également que le rôle de l'infirmière praticienne n'a pas pour but de remplacer le résident ou le médecin mais de compléter le travail de ces derniers en collaborant de façon autonome à l'amélioration de la qualité et l'accessibilité des soins et des services à la population.

Les attitudes reliées au maintien des compétences cliniques et théoriques, au leadership, à la confiance, au respect et à l'égalité, au concept de modèle de rôle ont également obtenu un consensus de 100 %. D'entrée de jeu, les infirmières québécoises prônent la bonne vertu et encouragent l'autonomie de l'infirmière tout en considérant le respect des limites de sa pratique professionnelle.

5.3.2 Analyses comparatives

5.3.2.1 Homme versus femme

Les différences significatives résultant des analyses comparatives en lien avec l'ensemble des énoncés de connaissances, d'habiletés et d'attitudes en fonction du sexe des sujets se situent principalement en lien avec des énoncés d'habiletés (10 sur 11 énoncés présentant

une différence significative). Ces habiletés se rapportent toutes à des activités médicales d'aspect plus technique et surtout plus invasif.

Contrairement à l'hypothèse posée par les investigatrices à l'effet que les hommes pourraient attribuer plus d'importance aux énoncés de connaissances et d'habiletés d'ordre plus interventionniste et téméraire, les résultats révèlent que les hommes accordent moins d'importance que les femmes aux activités médicales invasives. Ce résultat s'explique difficilement étant donné qu'aucune étude ne traite de ce phénomène. Toutefois, les investigatrices pensent qu'une des interprétations possibles pourrait être l'influence de la croyance populaire voulant que les hommes soient plus interventionnistes, les hommes de l'échantillon auraient évalué de façon plus conservatrice que les femmes de l'échantillon les compétences nécessaires par rapport aux standards de soins et auraient tenté de respecter l'évolution de la profession infirmière telle qu'elle est dans leur contexte actuel de soins.

5.3.2.2 Répondantes âgées de \leq à 40 ans versus $>$ 40 ans

Les analyses comparatives réalisées en fonction des groupes d'âge (\leq à 40 ans versus $>$ 40 ans) établissent une seule différence significative. Cette différence concerne l'énoncé d'habiletés qui consiste à utiliser les principes de déontologie et d'éthique infirmier. Les répondantes âgées de plus de 40 ans y ont attribué plus d'importance que celles âgées de 40 ans et moins. Cela pourrait se justifier par le fait que les répondantes plus jeunes ont moins d'expérience en milieu de soins clinique et dans la vie en général. Ces infirmières

ont probablement eu moins l'opportunité de prendre part à des prises de décisions éthiques en lien avec une situation de soins litigieuse ou d'être impliquées dans des situations de cas faisant appel à la déontologie infirmière. Benner (1984) estime qu'une expérience clinique étendue et soutenue dans divers domaines de la pratique infirmière contribue à l'exposition de l'infirmière à différentes situations cliniques impliquant entre autres des débats éthiques et prépare l'infirmière à intervenir dans ces situations.

5.3.2.3 Expérience en soins d'urgence entre 2 à 10 ans versus entre 11 à 20 ans versus plus de 20 ans

Les résultats d'analyses en fonction de l'expérience en soins d'urgence rapportent que généralement les répondantes détenant plus d'expérience accordent plus d'importance aux énoncés de connaissances traitant de notions plus médicales (sciences biologiques, intubation et drain thoracique) que celles possédant moins d'expérience. En guise de rappel, trois énoncés de connaissances et un énoncé d'attitudes ont présenté une différence significative entre les trois sous-groupes représentant l'expérience en soins d'urgence. La justification fournie à l'analyse précédente pourrait également expliquer ces résultats. Ainsi, les infirmières qui possèdent plus d'expérience clinique ont d'emblée rencontré davantage de situations cliniques diversifiées leur permettant d'avoir une perception plus juste et appropriée au contexte de soins d'urgence.

5.3.2.4 Gestionnaire versus clinicienne

Les différences significatives émergeant des résultats d'analyses comparatives concernant l'ensemble des énoncés de connaissances, d'habiletés et d'attitudes par rapport à la fonction des répondantes se rapportent à des énoncés d'habiletés à caractère très clinique tels qu'identifier des problèmes de santé, les notions fondamentales de traumatologie (examen physique primaire et secondaire, immobilisation, prise en charge du patient polytraumatisé, ...) et la ventilation mécanique. Les répondantes du sous-groupe des gestionnaires considèrent ces habiletés moins importantes que celles du sous-groupe des cliniciennes. Selon les investigatrices, une explication probable de cette différence pourrait être qu'étant donné que les répondantes du sous-groupe de clinicienne concentrent davantage leur pratique sur les aspects cliniques de l'exercice infirmier que celles du sous-groupe des gestionnaires, elles accordent plus d'importance à l'acquisition des connaissances et des habiletés nécessaires pour atteindre un certain niveau de compétence clinique. D'autant plus que la majorité d'entre elles exercent dans le milieu clinique directement auprès de la clientèle et se trouvent en meilleure position pour suivre l'évolution des infirmières de l'équipe de soins au plan clinique. Tout comme les professeurs en soins d'urgence et les conseillères/consultantes, elles sont plus sensibles à l'identification des besoins de formation requis pour une pratique compétente des infirmières en soins d'urgence. Les répondantes gestionnaires, malgré leur vaste connaissance du terrain clinique, n'ont pas les mêmes préoccupations que les répondantes cliniciennes. Elles consacrent la plupart de leur temps à la gestion et l'organisation des services de soins d'urgence ainsi qu'à répondre aux nombreuses demandes provenant des

différentes directions et départements de l'établissement et de l'extérieur en vue de contribuer à l'organisation efficace des soins.

5.4 Forces de l'étude

Quelques facteurs ont contribué à l'élaboration et à la pertinence de cette étude. Tout d'abord, en vue d'élaborer un questionnaire clair, juste et représentatif des connaissances, des habiletés et des attitudes nécessaires à l'exercice de l'infirmière praticienne en soins d'urgence, une validation du contenu a été réalisée auprès d'experts en soins d'urgence.

De plus, la rigueur dans l'envoi du questionnaire d'enquête a également favorisé le déroulement de l'enquête. Ainsi, l'envoi personnalisé, une lettre de présentation suivie d'une description de l'étude et des directives de participation, l'ajout à l'envoi d'une enveloppe de retour pré-affranchie ainsi qu'une relance postale complète sont tous des facteurs favorables.

À l'échelle du Québec, le nombre maximum possible de 139 répondantes correspondant à la population étudiée dans le cadre de cette enquête a été rejoint par envoi postal à partir du Bureau du registraire de l'OIIQ. Cette rigueur dans l'échantillonnage constitue encore une fois un facteur avantageux de l'étude (Burns et Grove, 1993).

Enfin, un taux de réponses au-dessus de 50 % représente selon les auteurs (Fortin, 1996, Burns et Grove, 1993) un taux significatif justifiant la pertinence d'une étude. Le taux de réponse obtenu (53,2 %) dans cette enquête contribue également à sa pertinence.

5.5 Limites de l'étude

Malgré plusieurs facteurs favorables à l'élaboration de la présente étude, quelques limites se doivent d'être relevées. Une première limite est liée à l'absence d'infirmière praticienne dans le système de santé du Québec, notamment en soins d'urgence. Cette situation a limité la référence à un modèle de rôle infirmier dans les réponses (Shea et al., 1997). Puisque le rôle de l'infirmière praticienne en soins d'urgence représente une toute nouvelle pratique infirmière au Québec, les perceptions des répondantes identifiées à partir de cette enquête ont probablement été influencées, diminuant ainsi le degré d'importance qu'elles ont accordé à certains énoncés. Dans certains cas, des répondantes ont noté des commentaires en marge du questionnaire d'enquête pouvant laisser croire qu'elles ne possédaient pas une bonne compréhension du rôle de cette professionnelle, par exemple, une répondante a écrit en lien avec l'habileté de prescrire et d'interpréter les examens diagnostiques (énoncé #14) que c'est le médecin qui procède à ces activités dans son établissement. Il s'agit possiblement d'un indice que le rôle de l'infirmière praticienne n'est pas encore implanté dans nos établissements de santé au Québec. Il reste tout de même que les résultats obtenus à la suite de cette enquête peuvent être considérés comme des indicateurs significatifs des perceptions des répondantes puisqu'ils sont comparables à la littérature.

Une deuxième limite concerne le peu d'écrits empiriques sur le sujet, plus particulièrement sur les compétences de l'infirmière praticienne en soins d'urgence. Cette lacune dans la documentation limite l'accès à l'information et à l'étude du rôle de l'infirmière praticienne notamment en soins d'urgence par les infirmières québécoises. D'entrée de jeu, cette situation peut affecter le niveau de compréhension du rôle de l'infirmière praticienne en soins d'urgence.

Une dernière limite porte sur la longueur du questionnaire d'enquête. Ainsi, le questionnaire comprend dix pages d'énoncés. Il était toutefois impossible de réduire le nombre d'énoncés. À notre avis, il était souhaitable de conserver le maximum d'énoncés représentant la réalité clinique présentée dans la littérature et les recommandations des experts. Il est probable que le taux de réponses ait été influencé par des répondantes qui ont choisi de ne pas répondre au questionnaire en raison de sa longueur. De plus, le fait d'utiliser un questionnaire par envoi postal limite la profondeur des réponses obtenues par les répondantes (Fortin, 1996). Ces dernières ne peuvent donc pas demander de clarification (Burns et Grove, 1993).

5.6 Retombées anticipées et recommandations

La présente étude a permis d'identifier les perceptions des infirmières québécoises oeuvrant en soins d'urgence quant aux compétences qu'elles jugent nécessaires à l'exercice de l'infirmière praticienne en soins d'urgence. Il s'agit d'une première étude

portant sur les compétences de l'infirmière praticienne en soins d'urgence qui permet de tracer un profil des représentations que se font les infirmières de cette nouvelle pratique.

Suivant la vague de transformations des services de soins d'urgence au Québec, les résultats de cette enquête constituent un outil de travail offrant des indications sur la pratique de l'infirmière praticienne en soins d'urgence et pouvant être utiliser en vue de contribuer à l'amélioration de certains problèmes organisationnels et cliniques dans les services de soins d'urgence. En considérant les compétences jugées nécessaires, les responsables des établissements de soins du Québec seront davantage en mesure d'implanter cette forme de pratique pour répondre aux besoins cliniques de la réalité du terrain.

De plus, ces résultats ont permis de déterminer des indices précis sur les connaissances, les habiletés et les attitudes nécessaires à l'exercice de l'infirmière praticienne en soins d'urgence pouvant servir au développement de la formation de l'infirmière praticienne au Québec. Ainsi, les facultés et les départements de sciences infirmières des universités québécoises pourront se référer aux résultats de cette enquête afin d'élaborer les bases servant à l'implantation de nouveaux programmes de formation de maîtrise de l'infirmière praticienne en soins d'urgence.

Également, cette étude ouvre de nouvelles avenues de recherche en sciences infirmières au Québec, par exemple, une étude des besoins de formation de l'infirmière praticienne en soins d'urgence en vue d'identifier des indicateurs qui permettraient d'élaborer des

programmes de formation pour cette infirmière ajustés aux réalités terrains et une enquête visant à connaître l'opinion de l'ensemble des infirmières québécoises oeuvrant en soins d'urgence quant au rôle de l'infirmière praticienne en soins d'urgence. Dans un proche avenir, il serait également intéressant d'entreprendre une étude sur l'évaluation des programmes de formation de l'infirmière praticienne en soins d'urgence afin de savoir s'ils répondent adéquatement aux besoins de formation de l'infirmière praticienne dans ce domaine, et finalement, une étude sur l'évaluation de la qualité des soins dispensés à la clientèle par l'infirmière praticienne en soins d'urgence. Cette présente étude pourra donc contribuer au développement d'un créneau en sciences infirmières pour les soins d'urgence au Québec.

Enfin, les instances gouvernementales ainsi que les associations professionnelles du Québec (OIIQ, CMQ, AIIC, ACEUN) pourront se référer aux résultats de cette étude en guise d'indices pour développer des normes de compétences de cette nouvelle pratique au Québec (Polit, D.F. et Hungler, B.P., 1991 ; Fortin, 1996 ; LoBiondo-Wood, G., Haber, J., 1998).

Conclusion

À l'instar des auteurs Cole et Ramirez (1997, 1999, 2000 a, b) qui ont travaillé au développement de l'infirmière praticienne en soins d'urgence aux États-Unis, la présente étude offre un premier portrait québécois des compétences requises pour l'exercice de l'infirmière praticienne en soins d'urgence. De plus, elle contribue à alimenter le peu de littérature traitant de ce phénomène. Quant au cadre national de l'AIC (2002), ce modèle s'est avéré très pertinent pour guider l'appréhension du concept de la pratique infirmière avancée sur lequel repose le rôle de l'infirmière praticienne.

De façon générale, les infirmières québécoises œuvrant en soins d'urgence semblent, malgré l'absence de modèle de pratique de l'infirmière praticienne et l'existence de peu de littérature sur le sujet au Québec, avoir une perception réaliste et avertie de l'ampleur du rôle de l'infirmière praticienne en soins d'urgence. D'ailleurs, les résultats obtenus permettent de démontrer que l'opinion des infirmières québécoises concorde avec celle des infirmières américaines qui ont participé à l'étude de Cole et Ramirez (2000). Dans les deux cas, elles maintiennent que le rôle de l'infirmière praticienne exige des connaissances et des habiletés approfondies en sciences infirmières mais également en médecine exigeant une prudence professionnelle de la part de l'infirmière praticienne. De plus, elles accordent toutes peu d'importance aux connaissances et aux habiletés qui touchent à des aspects plus techniques et invasifs.

En résumé, l'ensemble de tous les résultats obtenus de l'enquête québécoise sur les compétences de l'infirmière praticienne en soins d'urgence fait preuve de cohérence les uns par rapport aux autres. D'ailleurs, les auteurs (AIIC, 2002, AANP, 2002, Cole et Ramirez, 1997) estiment que c'est sur l'équilibre entre les amalgames de connaissances, d'habiletés et d'attitudes que s'appuie la compétence de l'infirmière praticienne dans son domaine de pratique.

Enfin, les auteures de la présente étude se joignent à l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) (2002) dans sa réflexion pour soutenir qu'il est essentiel de dégager un consensus dans le but de clarifier, pour notre discipline, le public, les autres professionnels de la santé et les gouvernements, le concept de la pratique infirmière avancée. Cet accord social permettrait de déterminer la formation préparatoire nécessaire, la législation, la crédibilité et les valeurs, le rôle et les fonctions ainsi que les normes de compétences professionnelles de cette pratique infirmière au Canada. L'AIIC (2002) soutient également que des nouveaux rôles de la pratique infirmière avancée se doivent d'évoluer de manière à encourager l'excellence des soins centrés sur la personne et ce, dans le meilleur intérêt du public.

Remerciements

L'investigatrice principale souhaite remercier ses directrices de recherche docteurs Isabelle Reeves et Denise St-Cyr Tribble pour leur guidance et leur soutien constant tout au long de cette étude. Ce fut une expérience très enrichissante de travailler avec des personnes aussi consciencieuses.

Les investigatrices tiennent à remercier tous les membres du groupe d'experts, mesdames Louise Cantin, Lyne Cloutier, Sylvie Desjardins, Cécile Michaud, Jocelyne Poirier, et monsieur Sean Clarke, pour l'intérêt porté à cette étude et pour leurs recommandations pertinentes.

Des remerciements s'adressent à monsieur Éric Yergeau pour ses conseils judicieux lors de consultations.

Nous remercions également madame Danièle Potvin et son équipe du Bureau du Registraire de l'OIIQ pour leur précieuse collaboration lors de l'envoi des questionnaires d'enquête.

Nous sommes reconnaissantes envers mesdames Édith Côté et Ginette Provost d'avoir accepté d'évaluer ce mémoire et de livrer leurs commentaires indispensables à la finalité de cette enquête.

Enfin, l'investigatrice principale désire remercier de façon particulière les membres de sa famille pour leur encouragement et leur support sans relâche tout au long de cette aventure académique.

Références

American Academy of Nurse Practitioners. (2002). *Standards of Practice*. American Academy of Nurse Practitioners. Austin, Texas.

American Nurses Association. (1996). *Scope and Standards of Advanced Practice Registered Nursing*. American Nurses Publishing. Washington, DC.

Association des hôpitaux du Québec. (1999). *État de situation des ressources humaines et médicales dans les services d'urgence*. AHQ. Québec. p.35.

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (1997). *La pratique infirmière de niveau avancée au premier plan*. AIIC. Division des politiques de soins infirmiers et de santé. Zoom sur les soins infirmiers : Enjeux et tendances dans la profession infirmière au Canada, janvier 1997, numéro 2.

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2000). *Advanced Nursing Practice : A National Framework*. AIIC. Ottawa : auteure.

Association des infirmières et infirmiers du Canada (2002a). *Advanced Nursing Practice: A National Framework*. AIIC. Ottawa : auteure.

Association des infirmières et infirmiers du Canada (2002b). *Énoncé de position : L'infirmière praticienne*. AIIC. Ottawa : auteure.

Bélanger, G. (1993). *Identification et validation des critères précisant les processus idéaux de gestion et de traitements informatisés des données spécifiques à la pratique infirmière*. Mémoire de maîtrise inédit, Université de Montréal.

Bellack, J. P., Graber, D. R., O'Neil, E. H., Musham, C., Lancaster, C. (1999). *Curriculum Trends in Nurse Practitioner Programs : Current and Ideal*. Journal of Professional Nursing, 15(1) : 15-27.

Benner, P. E. (1984). *From Novice to Expert. Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*. Addison-Wesley. Ca, Menlo-Park.

Blunt, E. (1998). *Role and Productivity of Nurse Practitioners in One Urban Emergency Department*. Journal of Emergency Nursing, 24(3) : 234-239.

Burns, N., Grove, S. K. (1993). *The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique and Utilization*. Second Edition. W. B. Saunders Company. Philadelphie.

Castledine, G. (1996). *The Role and Criteria of an Advanced Nurse Practitioner*. British Journal of Nursing, 5(5) : 288-289.

Cole, F. L., Ramirez, E. (1997). *The Emergency Nurse Practitioner: An Educational Model*. Journal of Emergency Nursing, 23(2): 112-115.

Cole, F. L., Ramirez, E. (1999). *Evaluating an Emergency Nurse Practitioner Educational Program for its Relevance to the Role*. Journal of Emergency Nursing, 25(6): 547-550.

Cole, F. L., Ramirez, E. (2000a). *Nurse Practitioner Autonomy in a Clinical Setting*. Emergency Nurse, 7(9): 26-30.

Cole, F. L., Ramirez, E. (2000b). *Activities and Procedures Performed by Nurse Practitioner in Emergency Care Setting*. Emergency Nurse, 7(9): 26-30.

Commission d'étude sur les services de santé et les service sociaux (Commission Clair) (2000). *Les solutions émergentes: rapport et recommandations*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Conseil des universités de l'ontario pour les programmes en sciences infirmières (CUOPSI). (1999). *Programme ontarien de formation des infirmières et infirmiers praticiens en soins de santé primaires*. CUOPSI. Ontario.

Cooper, M. A., Lindsay, G. M., Kinn, S., Swann, I. J.(2002). *Evaluating Emergency Nurse Praticioner Services: a Randomized Controlled Trial*. Journal of Advanced Nursing, 40(6): 721-730.

Covington, C., Erwin, T., Sellers, F.(1992). *Implementation of a Nurse Practitioner-Staffed Fast Track*. Journal of Emergency Nursing, 18(2): 124-131.

Curry, J. L. (1994). *Nurse Practitioners in the Emergency Department : Current Issues*. Journal of Emergency Nursing, 20(3) : 207-215.

- Davies, B. et Hughes, A. M. (1995). *Clarification of Advanced Nursing Practice : Characteristics and Competencies*. *Clinical Nurse Specialist*, 9 (3) : 156-160.
- Desrochers, J. (1999). *Analyse quantitative de l'impact de l'introduction d'un modèle de pratique infirmière avancée dans une unité tertiaire de soins intensifs de néonatalogie*. Mémoire de maîtrise inédit. Université de Montréal.
- Donabedian, A. (1986). *Criteria and Standards of Quality Assessment and Monitoring*. *Quality Review Bulletin*, 99-108.
- Emergency Nurses Association. (1995). *Trauma Nursing Core Course*. 4ième édition. Park Ridge, IL : ENA.
- Faculty of Nursing of the University of Toronto. (2000). *Post Masters Nurse Practitioner Diploma*. University of Toronto. Toronto.
- Fitzsimmons, L., Hadley, S. A., Shively, M. (1999). *The Education of advanced Practice Nurses : A Contemporary Approach*. *Critical Care Nursing Quarterly*, 21(4) : 77-85.
- Fortin, M-F. (1996). *Le processus de la recherche; de la conception à la réalisation*. Décarie Éditeur. Montréal.
- Gouvernement du Québec. (1999a). *Plan d'action; la situation dans les urgences en 1999 : un défi majeur pour le réseau*. Groupe d'experts en organisation clinique. Québec : MSSS. Québec.
- Gouvernement du Québec. (1999b). *Forum sur la situation dans les urgences*. Cahier de participation et de discussion. Québec: MSSS. Québec.
- Gouvernement du Québec : Direction des communications. (1999c). *Relever ensemble le défi des urgences : plan d'action issu du forum sur la situation dans les urgences tenu à Montréal les 4 et 5 octobre 1999*. Québec : MSSS. Québec.
- Groupe d'experts en organisation clinique. (1999). *Projet URGENCE 2000 : De paratonnerre à plaque tournante*. Québec : MSSS.
- Groupe tactique d'intervention; Association des médecins d'urgence du Québec. (1998). *Les urgences au Québec 1990-1997 : bilan, perspectives, et normes*. Québec : MSSS Direction des communications.

Hamric, A. B., Spross, J. A., Hanson, C. M. (2000). *Advanced Nursing Practice : An Integrative Approach*. Second Edition. W. B. Saunders Company. Philadelphie.

Hickey, J. V., Ouimette, R. M., Venegoni, S. L. (2000). *Advanced Practice Nursing : Changing Roles and Clinical Applications*. Second Edition. Lippincott-Raven Publishers. Philadelphie.

Hicks, C., Hennessy, D. (1998). *A Triangulation Approach to the Identification of Acute Sector Nurses' Training Needs for Formal Nurse Practitioner Status*. Journal of Advanced Nursing, 27 :117-131

Jones, J. M., Jones, K. D. (1998). *Nurse Practitioner Education : Living it, Learning it*. Journal of Nursing Education, 37(4) : 176-178.

Knaus, V. L., Felten, S., Burton, S., Fobes, P., Davis, K. (1997). *The Use of Nurse Practitioners in the Acute Care Setting*. Journal of Nursing Administration, 27(2) : 20-27.

LoBiondo-Wood, G., Haber, J. (1998). *Nursing Research : Methods, Critical Appraisal, and Utilization*. Fourth Edition. Mosby-Year Book, Inc. St-Louis.

Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, L.Q. 2002, c. 33.

Lynn, M.R. (1986). *Determination and Quantification of Content Validity*. Nursing Research, 35(6): 382-385.

Marcella Niehoff School of Nursing of Loyola University Chicago (2001). *Emergency Nurse Practitioner / Clinical Nurse Specialist Program*. Loyola University. Chicago.

Mezey, M. D., McGivern, D. O. (1999). *Nurses, Nurse Practitioners : Evolution to Advanced Practice*. Third Edition. Springer Publishing Company, Inc. New York.

Morse, C. J., Brown, M-M. (1999). *Collaborative Practice in the Acute Care Setting*. Critical Care Nursing Quarterly, 21(4) : 31-36.

Morton, P. G. (1999). *A New Role : Acute Care NP*. American Journal of Nursing, 99 (8) : 24A-24E.

National Task Force on Quality Nurse Practitioner Education (2002). *Criteria for Evaluation of Nurse Practitioner Programs*. Second Edition. Washington, DC: Autor.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2003). *Le journal de l'OIIQ*, 10 (4). Mars / avril. OIIQ : Montréal.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2002). *Évolution des effectifs infirmiers*. OIIQ : Montréal.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2001). *La vision contemporaine de l'exercice infirmier au Québec*. OIIQ : Montréal.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2000). *L'OIIQ remet son rapport d'enquête sur la qualité des soins infirmiers à l'urgence de l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal*. Communiqué, juin 2000. OIIQ : Montréal.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (1996). *Pour soigner notre avenir : les infirmières à la croisée des chemins*. Actes des États généraux de la profession infirmière, Montréal, OIIQ.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (1995). *Prise de position; Soins infirmiers dans les services d'urgence et de première ligne : un triage efficace et une prise en charge globale*. OIIQ : Montréal.

Ouellet, S., Bernier, J., Grenier, R. (1996). *L'élaboration et la validation de normes et de critères de qualité de soins et services dispensés en UHRESS aux personnes vivant avec le VIH/SIDA et leurs proches*. Gésiqualité, 14(3) : 4-7.

Paniagua, H. (1999). *Advanced Nursing Practice from a Cross-cultural Perspective*. British Journal of Nursing, 8(11) : 724-729.

Paniagua, H. (1995). *The Scope of Advanced Practice : Action Potential for Practice Nurses*. British Journal of Nursing, 4(5) : 269-274.

Patterson, C. (1997). *Visions and Voices : The Nurse Practitioner Today*. Lugus Publications. Toronto.

Pearson, L. J. (2003). *Annual Update of How Each State Stands on Legislative Issues Affecting Advanced Nursing Practice*. The Nurse Practitioner, 28(1) : 26-58.

Pineault, R. et Daveluy, C. (1986). *La planification de la santé; concepts, méthodes, stratégies*. Montréal : Agence d'Arc inc.

Polit, D. F. et Hungler, B.P. (1995). *Nursing Research : Principles and Methods*. 5e éd. J. B. Lippincott. Philadelphie.

Price, M. J., Martin, A., C., Newberry, Y. G., Zimmer, P. A., Brykczynski, K. A., Warren, B. (1992). *Developing National Guidelines for Nurse Practitioner Education: An Overview of the Product and the Process*. Journal of Nursing Education, 31(1): 10-15.

Registered Nurses Association of Nova Scotia. (1999). *Draft Position Paper : Advanced Nursing Practice*. RNANS. Halifax.

School of Nursing of the University of California in San Francisco (2000). *Acute Care Nurse Practitioner*. University of California in San Francisco

Shea, S. S., Selfridge-Thomas, J. (1997). *The ED Nurse Practitioner: Pearls and Pitfalls of Role Transition and Development*. Journal of Emergency Nursing, 23 : 235-237.

Sheeby, C. M., McCarthy, M. C. (1998). *Advanced Practice Nursing : Emphasizing Common Roles*. F. A. Davis Company. Philadelphie.

Shuler, P. A., Davis, J. E. (1993). *The Shuler Nurse Practitioner Practice Model : A Theoretical Framework for Nurse Practitioner, Clinicians, Educators, and Researchers, Part I*. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 5(1) : 11-18.

Smith, C. (1994). *Career Developments in Accident and Emergency Nursing*. British Journal of Nursing, 3(7) : 362-365.

Tye, C. C. (1997). *The Emergency Nurse Practitioner Role in Major Accident and Emergency Departments : Professional Issues and the Research Agenda*. Journal of Advanced Nursing, 26 : 364-370.

Watts, R. J., Hanson, M. J. S., Burke, K. G., Gallagher, S. M., Foster, D. E. (1996). *The Critical Care Nurse Practitioner : An Advanced Practice Role for the Critical Care Nurse*. Dimensions of Critical Care Nursing, 15(1) :48-56.

Zuniga, L., C.Wandel, J. (1995). *The Challenge of Emergency Nursing*. Imprint, 42 (3) :32, p.45, 47, 49-50.

ANNEXE A

Association des infirmières et infirmiers du Canada
Cadre National pour la Pratique Infirmière Avancée
Advanced Nursing Practice : A National Framework
(Canadian Nurses Association, May 2000, p.4-11)

The key elements of the framework for ANP are

- ◆ Assumptions
- ◆ Definition and Characteristica
- ◆ Competencies
- ◆ Educational Preparation
- ◆ Domains of Practice
- ◆ Roles
- ◆ Regulation

These key elements are italicized throughout the document.

ASSUMPTIONS

The framework for ANP is based on the following assumptions :

- ◆ ANP is nursing. It occurs within the full scope of nursing practice, a scope of practice that is dynamic and has flexible boundaries.
- ◆ It is the application of advanced nursing knowledge that determines whether nursing practice is advanced, not the addition of fonctions from other professions.

DEFINITION AND CHARACTERISTICS

ANP can be described with a board definition and a number of characteristics.

ANP is an umbrella term. It describes an advanced level of nursing practice that maximizes the use of in-depth nursing knowledge and skill in meeting the health needs of clients (individuals, families, groups, populations, or entire communities). In this way, ANP extends the boundaries of nursing's scope of practice and contributes to nursing knowledge and the development and advancement of the profession.

In ANP, certain characteristics are consistently evident⁶. ANP

- ◆ *is expert⁷ and specialized⁸ practice grounded in knowledge that comes from nursing theory and other theoretical foundations, experience and research;*

⁶ The practice of many nurses may be described by one or more of these characteristics; however, in ANP, all of these characteristics are consistently reflected in practice (Davies and Hughes, 1995).

- ◆ *involves the deliberate, purposeful and integrated use of in-depth nursing knowledge, research and clinical expertise. It also involves integration of knowledge from other disciplines into the practice of nursing;*
- ◆ *requires a depth and breadth of knowledge that enables the nurse to provide an ever-increasing range of strategies to meet the complex needs of clients;*
- ◆ *includes the ability to explain the theoretical, empirical ethical, and experiential foundations of nursing practice;*
- ◆ *contributes to the understanding and development of evidence-based nursing knowledge through involvement in research and the evaluation and utilization of relevant research findings;*
- ◆ *influences the practice of nurse by facilitating the integration of research-based knowledge into practice;*
- ◆ *involves planning, coordinating, implementing, and evaluating programs to meet client needs through partnerships and intersectoral collaboration;*
- ◆ *involves the ability to critically analyse and influence health policy;*
- ◆ *reflects substantial autonomy and independence, with a high level of accountability.*

In addition to these characteristics, ANP may, but does not necessarily, include activities that have been traditionally considered outside the scope of nursing practice.

The scope of nursing practice refers to the activities nurses are educated and authorized to perform. It is established through legislated definitions of nursing practice complemented by standards, guidelines and policy positions issued by nursing regulatory bodies (CNA, 1993b). Nursing practice may include activities that are shared with other regulated professions or that are currently in the legislated scope of practice of another profession, usually medicine.

When the activities are outside the legislated scope of nursing practice, nurses require additional regulatory authority (see section on regulation). The terms “expanded” or “extended” practice have been used in reference to practice that is characterized by the use of competencies required to perform activities usually deemed to be outside the current scope of nursing practice. As these terms are understood differently across the country and within the profession, they are not used in this framework.

⁷ Expert practice is characterized by the ability to assess and understand complex client responses in a particular area; significant depth of knowledge and intervention skills, often acquired informally; and strong intuitive skills in the practice area (RNABC, 1997).

⁸ Specialized practice concentrates on a particular aspect of nursing. The focus of the practice may relate to the client's age (e.g., pediatrics, gerontology), the client's problem (e.g., pain management,

COMPETENCIES

It is the effective interaction, blending and simultaneous execution of the identified skills, knowledge, judgment and personal attributes in highly complex practice environments and health care organizations that characterize ANP.

ANP is demonstrated by a set of core competencies integral to the characteristics described in this paper. Competencies are the specific knowledge, skills judgment and personal attributes required for a registered nurse to practice safely and ethically in a designated role and setting (CNA, in press). Core competencies for ANP build on the nurse's education and experience, and they develop over time. The core competencies described here serve as a foundation for ANP and a framework for defining specific competencies associated with different contexts of practice, including the client or population group, roles, settings and practice environments.⁹

While the competencies are grouped in five main areas, it is the effective interaction, blending and simultaneous execution of the identified skills, Knowledge, judgement and personal attributes in highly complex practice environments and health care organizations that characterize ANP. The core competencies draw from knowledge and experience that are substantive in depth, breadth and range in one or more domains of nursing practice. Further, these competencies are demonstrated in roles that require highly autonomous, independent, accountable, and ethical practice in complex, often ambiguous and rapidly changing environments.

Clinical Competencies

The cornerstone of ANP is expertise in a specialized area of nursing. Clinical experience and additional education equip the nurse with the skill to synthesize from a broad range of nursing, experiential and scientific knowledge in addressing the health concerns of clients along a continuum of care. The nurse in ANP uses a nursing model of care based on theoretical, empirical and experiential knowledge in the area of practice to achieve holistic, integrated and comprehensive health care. The nurse works in partnership with the client, other health care professionals and health care team members.

The nurse in ANP:

1. Develops and uses multiple assessment strategies within a holistic (client-centered) nursing framework for individual clients and the client population;

bereavement), the medical diagnostic grouping (e.g., orthopedics, vascular surgery), the practice setting (e.g., home care, emergency) or type of care (e.g., primary health care, palliative care, critical care).

⁹ The following references were used in developing the competencies: Canadian Clinical Nurse Specialist Interest Group. (1997). *Canadian Clinical Nurse Specialist in action standards.*; Davies, B., et Hughes, A.M. (1995). Clarification of Advanced Nursing Practice: Characteristica and Competencies. *Clinical Nurse Specialist* 9(3), 156-160, 166.; Hamric, A. B., Spross, J.A., et Hanson, C.M. (1996). *Advanced Nursing Practice: An integrative Approach*. Philadelphia: W.B. Saunders.; Hebert, M. *National Nursing Informatics Project Discussion Paper* (1999), unpublished). Project sponsored by CAUSN, CNA, Registered Nurses Association of British Columbia, Academy of Canadian Executive Nurses, and the Nursing Informatics Special Interest Group of COACH; Faculty of Nursing, University of Alberta. (1996, unpublished). *Domains and Competencies of Advanced Practice in individual/family Health Nursing*. Proposal for revision of graduate programs in nursing. Approved at Faculty of Nursing Spring Council. Edmonton: Autor.

2. Discriminates and makes qualitative/quantitative distinctions from multiple sources of data, often in ambiguous and complex situations, when making clinical decisions;
3. Demonstrates an in-depth understanding and analysis of the complex interaction of presenting sociological and biophysiological processes, determinants of health and clients' lived experience;
4. Draws on experiential knowledge and a body of current knowledge about the client population to predict, anticipate and explain the wide range of client responses to actual or potential health problems;
5. Uses critical thinking and synthesis skills to guide decision-making in complicated, unpredictable and dynamic situations;
6. Engages clients and other team members in anticipating, discussing and resolving moral, ethical and legal issues relevant to client care at individual and organizational levels;
7. Uses multiple interventions (e.g. interpersonal, teaching, coaching, counselling, technological, pharmaceutical) to influence client health status and quality of life;
8. Coordinates the plan of care and mobilizes client and other resources to achieve integrated and comprehensive health care;
9. Advocates with or on behalf of clients, nurses and other team members to improve and enhance health care for individuals and the client population in the practice area;
10. Monitors, evaluates and documents outcomes of decisions and interventions;
11. Uses clinical exemplars¹⁰ to generate new knowledge and develop new standards of care, programs, and policies in the practice area;
12. Educates other nurses, health professionals and clients about the link between nursing interventions and outcomes in order to effect health care changes.

Research

Central to the competencies of nurse in ANP is evidence-based practice.

The nurse in ANP:

1. Identifies and initiates research relevant to practice as the primary investigator or as a collaborator with other members of the health care team or community;
2. Disseminates and facilitates the implementation of recent innovations and research findings relevant to nursing practice and client outcomes;
3. Applies a broad range of theories and relevant research to clinical practice;
4. Evaluates present practice at the individual and system levels in light of current research findings;

¹⁰ An exemplar refers to an example that conveys more than one intent, meaning function or outcome and can easily be compared or translated to other clinical situations whose objective characteristics might be quite different (Benner, 1984).

5. Interprets research findings and shares relevance to clinical practice.

Leadership

Nurses in ANP take on leadership roles in the organizations in which they work. The nurse in ANP:

1. Develops innovative approaches for complex practice issues and evaluates programs;
2. Demonstrates an understanding of the legislative and socio-political issues that influence decision-making and develops strategies to influence health outcomes and health policies;
3. Participates and provides leadership on intra- and interdisciplinary committees related to the development of policies and procedures, education or research in the practice area;
4. Provides leadership in professional activities and professional development;
5. Has a vision for nursing practice within the context of the health care system;
6. Provides consultation to both colleagues and clients;
7. Acts as a mentor to nursing colleagues and others to improve and support nursing practice;
8. Interprets and organizes data obtained through information and communication technologies into information to affect nursing practice and combines information to contribute to knowledge development in nursing.

Collaboration

An important aspect of the competencies of the nurse in ANP is effective collaboration and communication with the client and health care team. The ability to establish collaborative practice at a systems level reflects the advanced competencies of the nurse in ANP. The nurse in ANP:

1. Communicates effectively with the client and members of the health care team;
2. Respects the practice and knowledge of other members of the health care team;
3. Shares decision-making with clients and health care team members;
4. Demonstrates knowledge and skill in conflict resolution including the ability to analyse, manage and negotiate conflict;
5. Understands and applies theories related to group dynamics, role and organizational theory;
6. Contributes to and participates in quality improvement processes.

Change Agent

A key role for nurses in ANP is that of change agent. This role exists not only at the level of nurse and client but, perhaps more significantly, at the systems level to influence health policy. The nurse in ANP:

1. Manages change effectively, demonstrating knowledge of the change process;
2. Demonstrates knowledge and skill in coalition building;
3. Demonstrates attributes such as assertiveness and enhanced listening and conflict resolution skills.

EDUCATIONAL PREPARATION

The completion of graduate education in nursing is currently considered the most effective means of acquiring the competencies for ANP.

While graduate education in nursing is preferred, some nurses may acquire the competencies for ANP through a combination of experience and a variety of educational programs or through graduate education in other fields relevant to their area of practice.

A formal graduate degree program in nursing is valued because it covers the growing theoretical base of nursing, promotes nursing research and the incorporation of new knowledge into the nurse's practice and evaluates and documents the nurse's achievements. A graduate degree also provides a credential that can be evaluated for equivalency across jurisdictions (CAN, 1997).

Both CAAPN and CAUSN have taken the position that graduate education in nursing is essential for ANP. In the CNA framework, graduate education in nursing is clearly identified as the preferred educational level. The nursing profession is continuing to work toward the goal of graduate education in nursing for nurses in ANP, while recognizing current realities. There is a strong link between educational preparation at the baccalaureate and master's levels. As preparation at the baccalaureate level becomes the pre-requisite for entry into the nursing profession in every province and territory (CNA, 1998b), the requirement of master's degree in nursing for ANP will become increasingly feasible.

There are, at the present time, very few nurses in Canada prepared at the graduate level. In 1998, only 3,363 or 1.5 per cent of registered nurses employed in nursing in Canada had a master's degree in nursing. Slightly more (2.0 %) had master's degrees in fields other than nursing. In the same year, 184 registered nurses employed in nursing in Canada had a doctoral degree in nursing and 367 had a doctoral degrees in fields other than nursing¹¹. Access to educational opportunities in Canada at the graduate level in nursing has been very limited. In recent years, the number of Canadian universities offering masters' programs in Canada has increased. There are currently 23 universities providing master's programs in nursing for RNs, with some programs being offered through distance education.¹²

Reflecting these realities, many nurses have acquired the competencies for ANP through a combination of experience and a variety of educational programs. To uphold the goal of graduate education for nurses in ANP while recognizing the current situation, some nursing associations have taken the approach of identifying minimal and desirable levels of education for ANP roles.

The nursing profession is continuing to work toward the goal of graduate education in nursing for nurses in ANP, while recognizing current realities.

¹¹ Registered Nurse Management Data, Health Statistics Division, Statistics Canada. Prepared by Policy, Regulation and Research Division, Canada Nurses Association, 1999.

¹² CAUSN Education Program Database, 1999-2000.

Educational credentials continue to be important as one means of assuring that nurses have achieved entry level competencies for ANP. Increasingly, from the regulatory perspective of ensuring that the public receives quality nursing care, emphasis is being placed less on the credential itself and more on the competencies that nurses demonstrate by virtue of successful completion of the educational program. Other valid and reliable measures for assessing competencies may be developed such as an advanced level of national specialty certification.

It must also be recognized that nurses who have completed graduate degrees cannot assume that their practice is at an advanced level on the basis of their educational credentials alone. The focus of many graduate degree programs is not on ANP but on other aspects of nursing practice. It is the competencies that nurses holding graduate degrees demonstrate that determine whether their practice is advanced.

DOMAINS OF PRACTICE

The characteristics and competencies of ANP are most frequently demonstrated in clinical practice (direct care), but they may also be demonstrated in practice in the domains of education, research or administration.

Determining whether the practice of a nurse is advanced is based on the characteristics of practice and the competencies of the nurse rather than on the domain or setting of practice. This broad approach to ANP recognizes the increasing emphasis being placed on competencies for practice and accommodates variations in existing provincial and territorial legislation. It also recognizes aspects from more than one domain of practice.

The central focus of nursing practice is clinical practice in which there is a direct relationship between nurse and client. Direct care is supported by nursing education, research and administration. The decision to include all domains of practice in this element of the framework reflects the legislative reality of nursing practice in Canada where, from a regulatory perspective, nursing practice includes all domains. However, it would be difficult for educators, researchers or administrators to demonstrate the characteristics and competencies for ANP without having a significant clinical component in their practice.

ROLES

ANP roles will develop in a variety of ways that reflect the characteristics and competencies described earlier. ANP roles could include, but would not be restricted to, roles as they are known today, e.g., clinical nurse specialist (CNS), nurse practitioner (NP).

ANP is an umbrella term for a type of nursing practice in which different roles will develop. It is important to recognize that it is the characteristics of practice and competencies that nurses demonstrate that determine whether they are in ANP, not their particular positions or specific titles. Competencies develop from both experience and education.

REGULATION

The regulation of ANP is within the current scope of nursing practice and prevailing regulatory approaches.

In some ANP roles, nursing practice may include the provision of services such as prescribing drugs that are outside the legislated scope of nursing practice in some jurisdictions. In these situations, nurses require additional regulatory authority.

In the provincial and territorial jurisdictions, the broadest possible scopes of nursing practice have been developed, such that nursing practice is not restricted. In each jurisdiction, the scope of nursing practice continues to evolve in response to changes in the health care system. It is essential to balance this broad and evolving scope of practice with protection of the public.

Regulatory bodies regulate members to practice within their competence through various supports and controls (RNABC, 1997). Among these are educational criteria for entry to practice, verification of qualifications to practice and standards of practice. Additional regulation and standards for nurses in ANP are not required since they are practising within the scope of nursing in their jurisdiction.

Title protection is another regulatory safeguard that is needed when protection of the public is required. When a title is protected, the only persons who can call themselves by a particular title are those properly authorized to use the title. In Canada, titles such as “registered nurse”, “RN” and sometimes “nurse” are protected.

In some ANP roles, nursing practice may include the provision of services such as prescribing drugs that are outside the legislated scope of nursing practice in some jurisdictions. In these situations, nurses require additional regulatory authority. Currently, nurses receive additional regulatory authority through two regulatory mechanisms : registration in a special class and delegation of medical acts. CNA, in collaboration with its member associations, the College of Nurses of Ontario and key stakeholders has developed a draft regulatory framework on a national level for registered nurses who require Additional regulatory authority (see CNA, 2000).

ANNEXE B

Cours requis pour la formation d'infirmière praticienne en urgence à l'Université du Texas à Houston (2002):

Curriculum général:

- ◆ Recherche épidémiologique et clinique en pratique infirmière avancée
- ◆ Théories en sciences infirmières
- ◆ Statistiques
- ◆ Mémoire, rapport d'un projet clinique ou application de recherche

Concepts généraux en pratique infirmière avancée:

- ◆ Examen physique et diagnostic différentiel
- ◆ Physiopathologie avancée
- ◆ Pharmacologie avancée
- ◆ Pratique infirmière avancée : Gestion et économie du système de soins de santé
- ◆ Pratique infirmière avancée : Prévention primaire de l'individu, de la famille et de la communauté

Cours cliniques pour l'infirmière praticienne en soins d'urgence:

- ◆ Tests diagnostiques et procédures en soins aigus pour l'infirmière praticienne d'urgence *
- ◆ Prise en charge des signes et symptômes aigus*
- ◆ Traitement des problèmes de santé en soins d'urgence I*
- ◆ Traitement des problèmes de santé en soins d'urgence II*
- ◆ Pratique clinique avancée : le rôle de l'infirmière praticienne d'urgence et le préceptorat*

* Cours comprenant des stages cliniques

Référence : Cole, Frank L., Ramirez, Elda (1997). *The Emergency Nurse Practitioner : An Educational Model*. Journal of Emergency Nursing, 23(2) : 112-115.

ANNEXE C

GRILLE D'ÉVALUATION À L'UTILITÉ DES EXPERTS PORTANT SUR LE QUESTIONNAIRE

“L’infirmière praticienne en soins infirmiers d’urgence : une enquête québécoise”

Pour chacune des questions du questionnaire “L’infirmière praticienne en soins infirmiers d’urgence : une enquête québécoise”, veuillez indiquer votre opinion selon la grille d’évaluation suivante :

CONNAISSANCES

Question 1.

A)	Question acceptée telle que posée ()	
B)	Question à enlever ()	Raisons: _____
C)	Question à reformuler ()	Suggestions: _____
D)	Autres considérations ()	_____

Question 2.

A)	Question acceptée telle que posée ()	
B)	Question à enlever ()	Raisons: _____
C)	Question à reformuler ()	Suggestions: _____
D)	Autres considérations ()	_____

Question 3.

A)	Question acceptée telle que posée ()	
B)	Question à enlever ()	Raisons: _____
C)	Question à reformuler ()	Suggestions: _____
D)	Autres considérations ()	_____

Question 4.

A)	Question acceptée telle que posée ()	
B)	Question à enlever ()	Raisons: _____
C)	Question à reformuler ()	Suggestions: _____
D)	Autres considérations ()	_____

HABILETÉS

Question 1.

- A) Question acceptée telle que posée ()
B) Question à enlever () Raisons: _____
C) Question à reformuler () Suggestions: _____
D) Autres considérations () _____

Question 2.

- A) Question acceptée telle que posée ()
B) Question à enlever () Raisons: _____
C) Question à reformuler () Suggestions: _____
D) Autres considérations () _____

Question 3.

- A) Question acceptée telle que posée ()
B) Question à enlever () Raisons: _____
C) Question à reformuler () Suggestions: _____
D) Autres considérations () _____

Question 4.

- A) Question acceptée telle que posée ()
B) Question à enlever () Raisons: _____
C) Question à reformuler () Suggestions: _____
D) Autres considérations () _____

Question 5.

- A) Question acceptée telle que posée ()
B) Question à enlever () Raisons: _____
C) Question à reformuler () Suggestions: _____
D) Autres considérations () _____

ATTITUDES

Question 1.

- A) Question acceptée telle que posée ()
B) Question à enlever () Raisons: _____
C) Question à reformuler () Suggestions: _____
D) Autres considérations () _____

Question 2.

- A) Question acceptée telle que posée ()
B) Question à enlever () Raisons: _____
C) Question à reformuler () Suggestions: _____
D) Autres considérations () _____

Question 3.

- A) Question acceptée telle que posée ()
B) Question à enlever () Raisons: _____
C) Question à reformuler () Suggestions: _____
D) Autres considérations () _____

Question 4.

- A) Question acceptée telle que posée ()
B) Question à enlever () Raisons: _____
C) Question à reformuler () Suggestions: _____
D) Autres considérations () _____

Question 5.

- A) Question acceptée telle que posée ()
B) Question à enlever () Raisons: _____
C) Question à reformuler () Suggestions: _____
D) Autres considérations () _____

ANNEXE D

Chère répondante¹³,

Par la présente, nous désirons solliciter votre participation à notre enquête portant sur les connaissances, les habiletés et les attitudes nécessaires à l'exercice professionnel de l'infirmière praticienne en soins d'urgence au Québec.

Vous avez été sélectionnée pour votre expertise fondée sur vos connaissances théoriques et votre expérience clinique en tant qu'infirmière en soins d'urgence. Votre opinion nous aidera à tracer un portrait plus détaillé de l'exercice de l'infirmière praticienne en soins d'urgence.

Il vous prendra environ 45 minutes de votre temps pour remplir le questionnaire. Vous êtes entièrement libre d'accepter ou de refuser de participer.

Si vous acceptez de participer à l'enquête, nous vous demandons de répondre au questionnaire et de nous le retourner au plus tard dans les 3 semaines suivant sa réception.

Soyez assurée que vos réponses demeurent strictement confidentielles et anonymes. Vous n'inscrivez pas votre nom sur le questionnaire.

Nous vous remercions sincèrement de votre collaboration.

Manon Fabi, inf. B.Sc. M.Sc. (c)
Étudiante à la maîtrise en sciences cliniques (sciences infirmières)
Faculté de médecine
Université de Sherbrooke

Sous la direction des professeures :
Isabelle Reeves, inf., Ph.D et Denise St-Cyr Tribble, inf., Ph.D

¹³ Tout au long de cette enquête, le féminin est utilisé sans préjudice et seulement pour alléger la présentation.

ANNEXE E

Le 31 janvier 2003

**Objet : Rappel pour l'enquête portant sur l'exercice professionnel de
 l'infirmière praticienne en soins d'urgence au Québec**

Chère répondante¹⁴,

Il y a quelques semaines, nous vous avons acheminé un questionnaire d'enquête portant sur les connaissances, les habiletés et les attitudes nécessaires à l'exercice professionnel de l'infirmière praticienne en soins d'urgence au Québec.

Si vous acceptez de participer à l'enquête et que vous n'avez pas retourné le questionnaire, nous vous invitons à nouveau à répondre au questionnaire et à nous le retourner dans l'enveloppe pré-adressée au plus tard dans les 2 semaines suivant cet avis.

Votre expertise et votre expérience clinique en tant qu'infirmière en soins d'urgence sont indispensables pour le développement de l'exercice de l'infirmière praticienne en soins d'urgence au Québec.

Nous tenons à vous rappeler qu'il vous faudra environ 45 minutes de votre temps pour remplir le questionnaire. Vous êtes entièrement libre d'accepter ou de refuser de participer.

Soyez assurée que vos réponses demeurent strictement confidentielles et anonymes. Vous n'inscrivez pas votre nom sur le questionnaire.

Nous vous remercions sincèrement de votre collaboration.

Manon Fabi, inf. B.Sc. M.Sc. (c)
Étudiante à la maîtrise en sciences cliniques (sciences infirmières)
Faculté de médecine
Université de Sherbrooke

Sous la direction des professeures :
Isabelle Reeves, inf., Ph.D et Denise St-Cyr Tribble, inf., Ph.D

¹⁴ Tout au long de cette enquête, le féminin est utilisé sans préjudice et seulement pour alléger la présentation.

ANNEXE F

Description de l'étude et directives aux répondantes

L'infirmière praticienne en soins d'urgence : une enquête québécoise

Cette dernière décennie, le système de santé québécois a vécu de nombreux changements. Ces derniers ont particulièrement affecté la façon de prodiguer des soins infirmiers dans les services d'urgence. L'augmentation significative de l'affluence des personnes avec des problèmes de santé à pathologies multiples et chroniques, le vieillissement de la population, les longs délais d'attentes liés à la faible capacité d'accueil, et les ressources restreintes rendant difficiles la continuité des soins et des services, compromettent la qualité des soins. En tenant compte de l'ensemble de ces difficultés, un comité d'experts en organisation de la santé a proposé, il y a déjà quelques années, diverses actions dont celles de favoriser la formation des infirmières oeuvrant en soins d'urgence et de reconnaître leurs compétences. Il est également recommandé d'étudier les modalités menant au développement d'une fonction d'infirmière praticienne en soins d'urgence. Plusieurs écrits insistent sur l'importance de l'exercice de l'infirmière praticienne et sur les différents rôles qu'elle joue dans la prestation des soins à la population. Malgré l'augmentation du nombre d'études empiriques, il existe toujours une lacune dans l'état des connaissances. Ces études ne permettent pas de saisir toute l'ampleur des perspectives de cette pratique et n'offrent pas une compréhension éclairée du phénomène. Ainsi, l'identification réelle des connaissances, des habiletés, et des attitudes essentielles à l'exercice de l'infirmière praticienne en soins d'urgence au Québec reste à faire.

Cette enquête est à caractère exploratoire et permettra de recueillir à l'échelle québécoise les opinions des infirmières oeuvrant en soins d'urgence : infirmière clinicienne éducatrice, infirmière de liaison, infirmière assistante-gestionnaire, infirmière gestionnaire et infirmière clinicienne spécialisée/conseillère en soins infirmiers. Une stratification des caractéristiques des répondantes a été réalisée à partir des données sur la profession dont dispose l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Le questionnaire d'enquête a été développé à l'aide d'une étude approfondie du rôle de l'infirmière praticienne et il a été soumis à un groupe d'experts pour valider son contenu. Le questionnaire est acheminé aux répondantes par le Bureau du registraire de l'OIIQ. Toutes les informations concernant les répondantes sont traitées de façon confidentielle par l'OIIQ.

La présente enquête vise à identifier les connaissances, les habiletés et les attitudes nécessaires à l'exercice professionnel de l'infirmière praticienne en soins d'urgence. Une analyse descriptive des données confidentielles permettra de faire un portrait détaillé du profil de l'infirmière praticienne en soins d'urgence et d'identifier des indicateurs qui permettront d'édifier des assises et de faire des recommandations en vue

d'élaborer un programme pour la formation de l'infirmière praticienne en soins d'urgence ajustés aux réalités terrains.

Directives aux répondantes

Questionnaire d'enquête portant sur les connaissances, les habiletés et les attitudes de l'infirmière praticienne en soins d'urgence

Le questionnaire d'enquête auto-administré comprend deux parties; la première partie présente des énoncés portant sur les connaissances, les habiletés, et les attitudes essentielles à l'exercice professionnel de l'infirmière praticienne en soins d'urgence. Pour chacune de ces connaissances, habiletés et attitudes, nous vous demandons de répondre à une question spécifique. Pour ce faire, veuillez suivre les instructions fournies directement sur le questionnaire ci-joint.

La deuxième partie du questionnaire permet de recueillir des renseignements sociodémographiques sur le profil des répondantes.

Ce questionnaire présente 95 énoncés : 37 portent sur les connaissances, 38 sur les habiletés, et 20 sur les attitudes nécessaires à l'exercice professionnel de l'infirmière praticienne en soins d'urgence.

Le terme *Connaissance* réfère à l'ensemble des notions de base et spécialisées que l'infirmière a apprises et intégrées afin de lui permettent d'être compétente en tant qu'infirmière praticienne en soins d'urgence.

Le terme *Habilitété* réfère aux habiletés procédurales et techniques de l'infirmière praticienne en soins d'urgence basées sur l'application des connaissances. Les habiletés permettent d'appliquer des connaissances théoriques et pratiques en sciences infirmières et autres domaines connexes en tant qu'infirmière praticienne.

Le terme *Attitude* réfère à la façon dont l'infirmière réagit vis-à-vis une autre personne, un objet ou une idée. Sa façon de réagir est influencée par ses sentiments, ses valeurs personnelles et son expérience. Les attitudes essentielles de l'infirmière praticienne en soins d'urgence se manifestent en clinique, en éducation, et en recherche.

Dans cette enquête, nous désirons connaître quelle importance vous accordez aux différentes connaissances, habiletés et attitudes par rapport à l'exercice professionnel de l'infirmière praticienne en soins d'urgence.

Vos réponses seront traitées de façon confidentielle et anonyme.

Voici les trois questions spécifiques auxquelles vous devez répondre.

Question 1: Quelle importance accordez-vous à chacun des énoncés portant sur les *CONNAISSANCES* de l'infirmière praticienne en soins d'urgence et l'exercice professionnel de cette dernière?

Question 2: Quelle importance accordez-vous à chacun des énoncés portant sur les *HABILETÉS* de l'infirmière praticienne en soins d'urgence et l'exercice professionnel de cette dernière?

Question 3: Quelle importance accordez-vous à chacun des énoncés portant sur les *ATTITUDES* de l'infirmière praticienne en soins d'urgence et l'exercice professionnel de cette dernière?

Pour chacune de ces questions, vous devez encercler le chiffre dans la colonne de droite qui correspond à l'importance que vous accordez à l'énoncé et l'exercice professionnel de l'infirmière praticienne en soins d'urgence.

Voici les choix possibles de questions qui vous sont offerts pour répondre aux questions du questionnaire :

- 1 Pas important
- 2 Peu important
- 3 Important
- 4 Très important

EXEMPLE:

Question				
Connaissances	Importance accordée entre l'énoncé et l'exercice professionnel de l'infirmière praticienne en soins d'urgence			
	1	2	3	4
1. L'infirmière praticienne en service d'urgence possède une connaissance approfondie des signes et symptômes.				<input checked="" type="radio"/>

Dans cet exemple, le chiffre “4” encerclé signifie que le participant considère cet énoncé sur les connaissances est très important par rapport à l’exercice professionnel de l’infirmière praticienne en soins d’urgence.

Nos sincères remerciements pour votre indispensable collaboration à cette enquête.

**Questionnaire d'enquête portant sur les connaissances, les habiletés et les attitudes essentielles à l'exercice
professionnel de l'infirmière en soins d'urgence**

Question: Quelle importance accordez-vous à chacun des énoncés portant sur les **CONNAISSANCES** de l'infirmière praticienne en soins d'urgence et l'exercice professionnel de cette dernière?

1	Pas important
2	Peu important
3	Important
4	Très Important

CONNAISSANCES	Importance accordée entre l'énoncé et l'exercice professionnel de l'infirmière praticienne en soins d'urgence			
1. L'infirmière praticienne en soins d'urgence possède une connaissance approfondie de l'anatomie, de la physiologie, de la pathologie lui permettant d'évaluer et d'identifier des problèmes de santé en soins d'urgence.	1	2	3	4
2. L'infirmière praticienne en soins d'urgence possède une connaissance approfondie des signes et symptômes des problèmes de santé.	1	2	3	4
3. L'infirmière praticienne en soins d'urgence possède une connaissance approfondie de la pharmacologie : pharmacocinétique, pharmacodynamie, pharmacovigilance, interactions médicamenteuses, effets secondaires, prescription, toxicomanie et alcoolisme.	1	2	3	4
4. L'infirmière praticienne en soins d'urgence possède une connaissance approfondie de l'examen clinique : histoire de santé, l'examen de l'état mental de la personne et l'examen physique complet : inspection, auscultation, percussion, palpation.	1	2	3	4
5. L'infirmière praticienne en soins d'urgence utilise une approche systématique en vue de développer un diagnostic différentiel.	1	2	3	4
6. L'infirmière praticienne en soins d'urgence possède une connaissance scientifique et procédurale approfondie des examens et des tests diagnostiques qui réfèrent aux produits biologiques (ex. tests sanguins et urinaire, gaz artériels) lui permettant d'interpréter les résultats, d'évaluer et d'identifier des problèmes de santé.	1	2	3	4
7. L'infirmière praticienne en soins d'urgence possède une connaissance scientifique et procédurale approfondie des examens et des tests diagnostiques qui réfèrent au domaine de la radiologie et de la médecine nucléaire (ex. radiographie, échographie, tomodensitométrie) lui permettant d'évaluer et d'identifier des problèmes de santé.	1	2	3	4
8. L'infirmière praticienne en soins d'urgence possède une connaissance approfondie des notions scientifiques et procédurales de la traumatologie (examen primaire et secondaire, immobilisation, prise en charge du patient polytraumatisé) tel qu'enseigné dans la formation du Trauma Nursing Core Course (TNCC).	1	2	3	4
9. L'infirmière praticienne en soins d'urgence possède une connaissance approfondie des interventions et des traitements aux divers problèmes de santé.	1	2	3	4

**Questionnaire d'enquête portant sur les connaissances, les habiletés et les attitudes essentielles à l'exercice
professionnel de l'infirmière en soins d'urgence**

Question: Quelle importance accordez-vous à chacun des énoncés portant sur
les **CONNAISSANCES** de l'infirmière praticienne en soins d'urgence
et l'exercice professionnel de cette dernière?

1 Pas important
2 Peu important
3 Important
4 Très Important

CONNAISSANCES	Importance accordée entre l'énoncé et l'exercice professionnel de l'infirmière praticienne en soins d'urgence			
10. L'infirmière praticienne en soins d'urgence possède une connaissance approfondie des notions scientifiques et procédurales portant sur le lavage péritonéal.	1	2	3	4
11. L'infirmière praticienne en soins d'urgence possède une connaissance approfondie des notions scientifiques et procédurales portant sur la décompression thoracique à partir d'une aiguille.	1	2	3	4
12. L'infirmière praticienne en soins d'urgence possède une connaissance approfondie des notions scientifiques et procédurales portant sur le drain thoracique.	1	2	3	4
13. L'infirmière praticienne en soins d'urgence possède une connaissance approfondie des notions scientifiques et procédurales portant sur la cricothyrotomie et la tracheotomie.	1	2	3	4
14. L'infirmière praticienne en soins d'urgence possède une connaissance approfondie des notions scientifiques et procédurales d'évaluation, de perméabilité et de maintien des voies respiratoires.	1	2	3	4
15. L'infirmière praticienne en soins d'urgence possède une connaissance approfondie des notions scientifiques et procédurales de l'intubation et l'extubation endotrachéale.	1	2	3	4
16. L'infirmière praticienne en soins d'urgence possède une connaissance approfondie des notions scientifiques et procédurales de la ventilation mécanique et des paramètres à utiliser.	1	2	3	4
17. L'infirmière praticienne en soins d'urgence possède une connaissance approfondie des notions scientifiques et procédurales de l'anesthésie locale à appliquer lors d'une intervention chirurgicale mineure.	1	2	3	4
18. L'infirmière praticienne en soins d'urgence possède une connaissance approfondie des notions scientifiques et procédurales des traitements à appliquer en présence d'une plaie (points de suture, débridement, pansement,...).	1	2	3	4
19. L'infirmière praticienne en soins d'urgence possède une connaissance approfondie des notions scientifiques et procédurales des traitements à appliquer lors d'une fracture (réduction simple, attelle, pose de plâtres,...).	1	2	3	4

**Questionnaire d'enquête portant sur les connaissances, les habiletés et les attitudes essentielles à l'exercice
professionnel de l'infirmière en soins d'urgence**

Question: Quelle importance accordez-vous à chacun des énoncés portant sur
les **CONNAISSANCES** de l'infirmière praticienne en soins d'urgence
et l'exercice professionnel de cette dernière?

1 Pas important
2 Peu important
3 Important
4 Très Important

CONNAISSANCES	Importance accordée entre l'énoncé et l'exercice professionnel de l'infirmière praticienne en soins d'urgence			
20. L'infirmière praticienne en soins d'urgence possède une connaissance approfondie des notions scientifiques et procédurales des différentes ponctions (vasculaire, lombaire, articulaire, synoviale).	1	2	3	4
21. L'infirmière praticienne en soins d'urgence possède une connaissance approfondie des notions scientifiques des arythmies cardiaques présentées sur un électrocardiogramme à 12 et à 15 dérivés lui permettant d'évaluer la physiopathogénèse cardiaque et systémique de la personne.	1	2	3	4
22. L'infirmière praticienne en soins d'urgence possède une connaissance approfondie des notions scientifiques et procédurales de la cardioversion et de la défibrillation tel qu'enseignées dans la formation de l'Advanced Cardiac Life Support (ACLS).	1	2	3	4
23. L'infirmière praticienne en soins d'urgence possède une connaissance approfondie des notions scientifiques et procédurales de l'utilisation d'un défibrillateur cardiaque externe tel qu'enseignées dans la formation de l'Advanced Cardiac Life Support (ACLS).	1	2	3	4
24. L'infirmière praticienne en soins d'urgence possède une connaissance approfondie des stratégies de collaboration et de consultation interdisciplinaire et multidisciplinaire lui permettant d'assurer un suivi clinique approprié.	1	2	3	4
25. L'infirmière praticienne en soins d'urgence possède une connaissance approfondie des stratégies de résolution de problèmes lui permettant de poser un jugement critique et d'agir de façon efficace.	1	2	3	4
26. L'infirmière praticienne en soins d'urgence possède une connaissance approfondie des notions scientifiques et procédurales de la planification du congé et de la continuité des soins.	1	2	3	4
27. L'infirmière praticienne en soins d'urgence connaît les différentes ressources professionnelles du système de santé québécois (ex. infirmière de liaison, travailleur social, psychologue et tous les autres professionnels de la santé...) à qui elle peut référer les personnes au besoin.	1	2	3	4
28. L'infirmière praticienne en soins d'urgence possède une connaissance approfondie des théories en sciences infirmières qui sous-tendent la pratique et lui permettre d'adopter et de conserver une vision de la perspective infirmière.	1	2	3	4

Questionnaire d'enquête portant sur les connaissances, les habiletés et les attitudes essentielles à l'exercice professionnel de l'infirmière en soins d'urgence

Question: Quelle importance accordez-vous à chacun des énoncés portant sur les **CONNAISSANCES** de l'infirmière praticienne en soins d'urgence et l'exercice professionnel de cette dernière?

1	Pas important
2	Peu important
3	Important
4	Très Important

CONNAISSANCES	Importance accordée entre l'énoncé et l'exercice professionnel de l'infirmière praticienne en soins d'urgence			
29. L'infirmière praticienne en soins d'urgence possède une connaissance lui permettant de participer à des recherches et d'utiliser des résultats probants dans sa pratique.	1	2	3	4
30. L'infirmière praticienne en soins d'urgence possède une connaissance en statistique lui permettant d'analyser et d'interpréter des résultats de recherche.	1	2	3	4
31. L'infirmière praticienne en soins d'urgence connaît la structure organisationnelle des services de santé au Québec (MSSS, Régie régionale, CHSLD, CH, CLSC, clinique privée, Urgence-Santé, Info-Santé, services ambulatoires,...).	1	2	3	4
32. L'infirmière praticienne en soins d'urgence connaît le fonctionnement des services d'urgence au Québec (triage, niveaux de soins, salle de choc, salle de trauma,...).	1	2	3	4
33. L'infirmière praticienne en soins d'urgence connaît le code de déontologie et d'éthique de la profession infirmière.	1	2	3	4
34. L'infirmière praticienne en soins d'urgence connaît les aspects légaux et les normes médicaux-légales appliqués dans les services d'urgence au Québec (ex. coronaire, trousse d'agression sexuelle, trousse d'alcoolémie, enquête policière).	1	2	3	4
35. L'infirmière praticienne en soins d'urgence possède une connaissance approfondie des méthodes d'enseignement appropriées pour la clientèle.	1	2	3	4
36. L'infirmière praticienne en soins d'urgence possède une connaissance approfondie des méthodes d'enseignement appropriées pour les infirmières et les autres professionnels de la santé afin de faciliter leur compréhension du contexte de soins d'urgence.	1	2	3	4
37. L'infirmière praticienne en soins d'urgence possède une connaissance approfondie des principes de soins de santé primaire (promotion de la santé et prévention de la maladie) et d'auto-soins.	1	2	3	4

Questionnaire d'enquête portant sur les connaissances, les habiletés et les attitudes essentielles à l'exercice professionnel de l'infirmière praticienne en soins d'urgence.

Question: Quelle importance accordez-vous à chacun des énoncés portant sur les *HABILETÉS* de l'infirmière praticienne en soins d'urgence et l'exercice professionnel de cette dernière?

1	Pas important
2	Peu important
3	Important
4	Très Important

HABILETÉS	Importance accordée entre l'énoncé et l'exercice professionnel de l'infirmière praticienne en soins d'urgence			
1. L'infirmière praticienne en soins d'urgence utilise des connaissances approfondies en anatomie, physiologie et pathologie dans sa pratique.	1	2	3	4
2. L'infirmière praticienne en soins d'urgence reconnaît les signes et les symptômes des divers problèmes de santé.	1	2	3	4
3. L'infirmière praticienne en soins d'urgence identifie les conditions de santé qui requièrent une intervention immédiate et peut, en collaboration avec l'équipe médicale, intervenir sur la cause du problème de santé.	1	2	3	4
4. L'infirmière praticienne en soins d'urgence applique des connaissances approfondies en pharmacologie (pharmacocinétique, administration, pharmacodynamie, interactions médicamenteuses, effets secondaires, prescription,...) lorsqu'elle doit administrer et prescrire les médicaments appropriés.	1	2	3	4
5. L'infirmière praticienne en soins d'urgence procède à l'examen clinique : histoire de santé, l'examen de l'état mental de la personne et l'examen physique complet dans le but de poser le diagnostic différentiel (réfère à l'élimination par le raisonnement des affections voisines de celle que cherche à identifier l'intervenant).	1	2	3	4
6. L'infirmière praticienne en soins d'urgence fait preuve de leadership dans le développement du plan de soins et dans la communication de ce dernier auprès de la personne et de sa famille.	1	2	3	4
7. L'infirmière praticienne en soins d'urgence dispense des soins de santé à la personne en respectant son intégrité et son intimité.	1	2	3	4
8. L'infirmière praticienne en soins d'urgence établit une collaboration interdisciplinaire et multidisciplinaire étroite.	1	2	3	4
9. L'infirmière praticienne en soins d'urgence évalue la réponse de la personne aux soins et aux traitements dans un délai approprié.	1	2	3	4
10. L'infirmière praticienne en soins d'urgence utilise des stratégies de résolution de problèmes afin d'établir un jugement critique pertinent en regard des différentes situations.	1	2	3	4

Questionnaire d'enquête portant sur les connaissances, les habiletés et les attitudes essentielles à l'exercice professionnel de l'infirmière praticienne en soins d'urgence.

Question: Quelle importance accordez-vous à chacun des énoncés portant sur les **HABILETÉS** de l'infirmière praticienne en soins d'urgence et l'exercice professionnel de cette dernière?

1	Pas important
2	Peu important
3	Important
4	Très Important

HABILETÉS	Importance accordée entre l'énoncé et l'exercice professionnel de l'infirmière praticienne en soins d'urgence			
11. L'infirmière praticienne en soins d'urgence coordonne les soins et analyse les écarts pour ajuster le suivi de la personne en fonction de ses besoins et en collaboration de sa famille et des autres professionnels.	1	2	3	4
12. L'infirmière praticienne en soins d'urgence utilise les ressources du système de santé québécois (ex. infirmière de liaison, travailleur social, psychologue, et tous les autres professionnels de la santé) pour consultation ou pour référer la personne.	1	2	3	4
13. L'infirmière praticienne en soins d'urgence utilise l'ensemble des données recueillies sur l'état de santé de la personne pour établir, en collaboration avec l'équipe médicale, le diagnostic différentiel.	1	2	3	4
14. L'infirmière praticienne en soins d'urgence prescrit et interprète les examens diagnostiques (ex. radiologie, laboratoires,...) appropriés.	1	2	3	4
15. L'infirmière praticienne en soins d'urgence applique des connaissances approfondies de notions fondamentales scientifiques et procédurales de la traumatologie (examen primaire et secondaire, immobilisation, prise en charge du patient polytraumatisé,...) tel qu'enseigné dans la formation du Trauma Nursing Core Course (TNCC).	1	2	3	4
16. L'infirmière praticienne en soins d'urgence procède au lavage péritonéal.	1	2	3	4
17. L'infirmière praticienne en soins d'urgence évalue et assure la perméabilité des voies respiratoires.	1	2	3	4
18. L'infirmière praticienne en soins d'urgence procède à une intubation et une extubation endotrachéale.	1	2	3	4
19. L'infirmière praticienne en soins d'urgence effectue une décompression thoracique à l'aide d'une aiguille.	1	2	3	4
20. L'infirmière praticienne en soins d'urgence installe un drain thoracique.	1	2	3	4
21. L'infirmière praticienne en soins d'urgence fait une cricothyrotomie/trachéotomie.	1	2	3	4
L'infirmière praticienne en soins d'urgence assure et ajuste les paramètres de la ventilation mécanique.	1	2	3	4

Questionnaire d'enquête portant sur les connaissances, les habiletés et les attitudes essentielles à l'exercice professionnel de l'infirmière praticienne en soins d'urgence.

Question: Quelle importance accordez-vous à chacun des énoncés portant sur les **HABILETÉS** de l'infirmière praticienne en soins d'urgence et l'exercice professionnel de cette dernière?

1 Pas important
2 Peu important
3 Important
4 Très Important

HABILETÉS	Importance accordée entre l'énoncé et l'exercice professionnel de l'infirmière praticienne en soins d'urgence			
22. L'infirmière praticienne en soins d'urgence fait des points de suture.	1	2	3	4
23. L'infirmière praticienne en soins d'urgence procède à une anesthésie locale.	1	2	3	4
24. L'infirmière praticienne en soins d'urgence évalue et identifie la physiopathogénèse cardiaque et systémique selon les arythmies cardiaques présentées sur un électrocardiogramme à 12 et à 15 dérivés.	1	2	3	4
25. L'infirmière praticienne en soins d'urgence procède à la cardioversion tel qu'enseigné dans la formation de l'Advanced Cardiac Life Support (ACLS).	1	2	3	4
26. L'infirmière praticienne en soins d'urgence procède à la défibrillation cardiaque externe tel qu'enseigné dans la formation de l'Advanced Cardiac Life Support (ACLS).	1	2	3	4
27. L'infirmière praticienne en soins d'urgence procède à l'installation du pacemaker externe et assure la surveillance de l'état de santé de la personne en lien avec les paramètres du pacemaker externe tel qu'enseigné dans la formation de l'Advanced Cardiac Life Support (ACLS).	1	2	3	4
28. L'infirmière praticienne en soins d'urgence procède à des ponctions invasives (vasculaire, articulaire, lombaire,...).	1	2	3	4
29. L'infirmière praticienne en soins d'urgence utilise des connaissances approfondies des fondements en sciences infirmières qui sous-tendent la pratique infirmière dans ses interventions.	1	2	3	4
30. L'infirmière praticienne en soins d'urgence contribue à la recherche et utilise des résultats probants dans ses interventions.	1	2	3	4
31. L'infirmière praticienne en soins d'urgence participe à la diffusion de résultats probants à travers des publications et des présentations.	1	2	3	4

Questionnaire d'enquête portant sur les connaissances, les habiletés et les attitudes essentielles à l'exercice professionnel de l'infirmière praticienne en soins d'urgence.

Question: Quelle importance accordez-vous à chacun des énoncés portant sur les **HABILETÉS** de l'infirmière praticienne en soins d'urgence et l'exercice professionnel de cette dernière?

1	Pas important
2	Peu important
3	Important
4	Très Important

HABILETÉS	Importance accordée entre l'énoncé et l'exercice professionnel de l'infirmière praticienne en soins d'urgence			
32. L'infirmière praticienne en soins d'urgence réfère la personne aux différentes composantes de la structure organisationnelle du système de santé du Québec (CHSLD, CH, CLSC, clinique privée,...).	1	2	3	4
33. L'infirmière praticienne en soins d'urgence planifie le congé de la personne en collaboration avec les autres professionnels de la santé (prescription d'examens diagnostiques, médication, consultation,...).	1	2	3	4
34. L'infirmière praticienne en soins d'urgence utilise les principes de déontologie et d'éthique de la profession infirmière dans ses interventions.	1	2	3	4
35. L'infirmière praticienne en soins d'urgence exerce selon les normes médico-légales en vigueur dans les services d'urgence du Québec (ex. coronaire, trousse d'agression sexuelle, trousse d'alcoolémie, enquête policière,...).	1	2	3	4
36. L'infirmière praticienne en soins d'urgence utilise les grands principes d'apprentissage et de communication lorsqu'elle enseigne à diverses clientèles ou autres professionnels.	1	2	3	4
37. L'infirmière praticienne en soins d'urgence enseigne selon des méthodes appropriées pour la clientèle afin de faciliter la compréhension de leur expérience de santé.	1	2	3	4

Questionnaire d'enquête portant sur les connaissances, les habiletés et les attitudes essentielles à l'exercice professionnel de l'infirmière praticienne en soins d'urgence.

Question: Quelle importance accordez-vous à chacun des énoncés portant sur les **ATTITUDES** de l'infirmière praticienne en soins d'urgence et l'exercice professionnel de cette dernière?

- 1 Pas important
- 2 Peu important
- 3 Important
- 4 Très Important

ATTITUDES	Importance accordée entre l'énoncé et l'exercice professionnel de l'infirmière praticienne en soins d'urgence			
1. L'infirmière praticienne en soins d'urgence centre sa pratique sur la personne en interaction avec son environnement et ses expériences de santé.	1	2	3	4
2. L'infirmière praticienne en soins d'urgence considère la personne comme un être bio-psycho-socio-environnemental, culturel et spirituel, comme un tout indissociable.	1	2	3	4
3. L'infirmière praticienne en soins d'urgence permet à la personne de prendre conscience de ses forces personnelles et de donner une signification à son expérience de santé.	1	2	3	4
4. L'infirmière praticienne en soins d'urgence reconnaît que la personne est influencée par son histoire personnelle et familiale, son hérité et par l'avenir qu'elle entrevoit.	1	2	3	4
5. L'infirmière praticienne en soins d'urgence respecte les choix de la personne et son rythme d'adaptation face à son expérience de santé.	1	2	3	4
6. L'infirmière praticienne en soins d'urgence considère la personne responsable de sa santé, toutefois, elle peut avoir besoin d'encouragement et d'informations lui permettant de participer activement à ses soins.	1	2	3	4
7. L'infirmière praticienne en soins d'urgence considère l'environnement comme un facteur influençant la personne et qu'à son tour il est influencé par la présence et les actions de la personne; ce qui amène un effet direct sur la santé de la personne et celle de sa famille.	1	2	3	4
8. L'infirmière praticienne en soins d'urgence agit comme membre autonome dans l'équipe de soins interdisciplinaire.	1	2	3	4
9. L'infirmière praticienne en soins d'urgence entretient une collaboration interdisciplinaire et multidisciplinaire avec une attitude de confiance, de respect et d'égalité.	1	2	3	4

Questionnaire d'enquête portant sur les connaissances, les habiletés et les attitudes essentielles à l'exercice professionnel de l'infirmière praticienne en soins d'urgence.

Question: Quelle importance accordez-vous à chacun des énoncés portant sur les *ATTITUDES* de l'infirmière praticienne en soins d'urgence et l'exercice professionnel de cette dernière?

1	Pas important
2	Peu important
3	Important
4	Très Important

ATTITUDES	Importance accordée entre l'énoncé et l'exercice professionnel de l'infirmière praticienne en soins d'urgence			
10. L'infirmière praticienne en soins d'urgence fait preuve de leadership dans sa collaboration avec les infirmières et les autres professionnels de la santé.	1	2	3	4
11. L'infirmière praticienne en soins d'urgence agit en tant que modèle de rôle auprès de ses collègues infirmières en démontrant une attitude de motivation, de leadership et d' <i>empowerment</i> .	1	2	3	4
12. Dans une optique d'amélioration continue de la qualité des soins, l'infirmière praticienne en soins d'urgence adopte une attitude critique vis-à-vis le savoir et le pouvoir.	1	2	3	4
13. En vue d'améliorer la qualité des soins, l'infirmière praticienne en soins d'urgence utilise la pratique réflexive (auto-critique face à sa pratique) dans sa pratique.	1	2	3	4
14. L'infirmière praticienne en soins d'urgence s'engage à protéger les intérêts de la personne (advocacy).	1	2	3	4
15. L'infirmière praticienne en soins d'urgence s'engage à soulever des questions éthiques dans une optique d'amélioration continue de la qualité des soins.	1	2	3	4
16. L'infirmière praticienne en soins d'urgence s'engage à collaborer avec les autres établissements en vue de faciliter la communication inter-institutionnelle et améliorer la qualité des soins.	1	2	3	4
17. L'infirmière praticienne en soins d'urgence agit en tant que personne ressource auprès du personnel des services d'urgence dans l'élaboration de programmes éducatifs visant à améliorer la qualité des soins.	1	2	3	4
18. L'infirmière praticienne en soins d'urgence s'engage dans l'avancement de la discipline infirmière par son implication dans la formation, dans la recherche et dans l'action politique.	1	2	3	4

Questionnaire d'enquête portant sur les connaissances, les habiletés et les attitudes essentielles à l'exercice professionnel de l'infirmière praticienne en soins d'urgence.

Question: Quelle importance accordez-vous à chacun des énoncés portant sur les *ATTITUDES* de l'infirmière praticienne en soins d'urgence et l'exercice professionnel de cette dernière?

1	Pas important
2	Peu important
3	Important
4	Très Important

ATTITUDES	Importance accordée entre l'énoncé et l'exercice professionnel de l'infirmière praticienne en soins d'urgence			
19. En plus de respecter les standards de soins en vigueur, l'infirmière praticienne en soins d'urgence maintient ses compétences cliniques et ses connaissances théoriques à jour.	1	2	3	4
20. L'infirmière praticienne en soins d'urgence fait preuve de prudence professionnelle en reconnaissant et respectant les limites de sa pratique infirmière.	1	2	3	4

AUTRES COMMENTAIRES :

CONNAISSANCES :

HABILETÉS :

ATTITUDES :

Merci à nouveau de votre précieuse collaboration!

Pour obtenir des précisions supplémentaires, n'hésitez pas à communiquer avec Manon Fabi au (514) 334-5431 ou au courriel suivant : manon.fabi@sympatico.ca

N.B. Il est illégal de reproduire une partie quelconque de ce questionnaire sans l'autorisation des auteurs. La reproduction de ce questionnaire, par n'importe quel procédé, sera considérée comme une violation des droits d'auteur.



Le 16 décembre 2002

Dre Denise St-Cyr-Tribble
Sciences infirmières
Faculté de Médecine

OBJET: Projet # 02-88

Pratique avancée en soins infirmiers d'urgence: enquête québécoise.

- ☒ Protocole complet: v. reçue le 17 septembre
- ☐ Formulaire de consentement:
- ☐ Amendement #
- ☐ Autre:

Dre St-Cyr-Tribble ,

Nous aimerions, par la présente, vous aviser que votre protocole de recherche cité en rubrique a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche sur l'humain.

Les conditions requises à la réalisation de ce projet de recherche étant réunies, il nous fait plaisir de vous autoriser à débiter l'étude.

S'il y a lieu, je vous demande de bien vouloir inscrire votre projet et votre grille d'examens dans le système ARIANE, ceci afin d'améliorer le suivi médical de vos sujets de recherche et également de permettre à l'hôpital de récupérer ses frais.

Je vous transmets ci-joint le formulaire d'approbation du Comité d'éthique de la recherche sur l'humain que vous pourrez faire suivre à votre organisme commanditaire ou subventionnaire.

Vous souhaitant tout le succès escompté dans le déroulement de cette étude, je vous prie de croire à l'expression de mes sentiments les plus distingués.

Jean-Marie Moutquin, M.D.
Directeur scientifique du
Centre de recherche clinique du CHUS

/ml

cc: Dre Isabelle Reeves
Mm Manon Fabi ✓

APPROBATION

Comité d'éthique de la recherche sur l'humain du
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke et
de la faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke

Membres du Comité:

BAILLARGEON, Jean-Daniel, M.D., service de gastro-entérologie, CHUS
BÉNARD, François, M.D., service de médecine nucléaire, CHUS
BLACKBURN, Pierre, CEGEP de Sherbrooke, représentant du public
BOLDUC, Brigitte, pharmacienne, CHUS
CABANAC, Julien, avocat
CARPENTIER, André, M.D., service d'endocrinologie, CHUS
CLAPROOD, Lise, représentante du publique
CLOUTIER, Sylvie, pharmacienne, CHUS, vice-présidente
CÔTÉ, Daniel-J., département d'anesthésie-réanimation, CHUS, vice-président
CYR, Claude, M.D., département de pédiatrie /néonatalogie, CHUS
de BRUM FERNANDES, Artur J., M.D., service de rhumatologie, CHUS, président
DELISLE, Line, M.D., service d'hémo-oncologie, CHUS
DESROSIERS, Nicole, infirmière, programme de dépistage du cancer du sein, CHUS
DONAHUE, Marie-Josée, infirmière, unités des soins intensifs, CHUS
FROST, Eric, Ph.D., département de microbiologie, CHUS
LEBLOND, Julie, pharmacienne, CHUS
MÉNARD, Père Jean-René, O.S.B., représentant du public
MONTAMBAULT, Paul, M.D., service de néphrologue, CHUS
PARENT, Monelle, Ph.D., philosophe et éthicienne, Université de Sherbrooke
PERRON, Patrice, M.D., service d'endocrinologie, CHUS
SULLIVAN, Monique, Ph.D. (biologie moléculaire), avocate, vice-présidente
VALLÉE, Chantal, M.D., service de médecine interne, CHUS
VÉZINA, Yves, M.D., service de pneumologie, CHUS

Approbation demandée par: Dre Denise St-Cyr-Tribble
Dre Isabelle Reeves

Approuvé en réunion plénière ☐

Approuvé par la présidence ☒

- ☐ Protocole complet: v. reçue le 17 septembre 2002
☐ Formulaire de consentement:
☐ Amendement #
☒ Autre: Lettre de présentation (28 octobre 2002) et questionnaire de l'enquête (v. reçues le 12 décembre 2002).

Titre du protocole CRC # 02-88-M1

Pratique avancée en soins infirmiers d'urgence: enquête québécoise.

Signé par:

Artur J. de Brum-Fernandes, M.D.
Président du Comité

13 décembre 2002

Date

Il est rappelé à l'investigateur principal:

- qu'il doit rapporter au Comité tout problème majeur intervenant dans la réalisation du protocole;
- qu'il doit rapporter aux sujets participant aux recherches tout résultat ou information susceptibles de modifier leur consentement;
- qu'il doit remettre au sujet une copie du formulaire de consentement identique à l'original signé par celui-ci;
- que tous les patients ou sujets sains participant à un projet de recherche doivent avoir un dossier au CUSE.

APPROBATION

Comité d'éthique de la recherche sur l'humain du
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke et
de la faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke

Membres du Comité:

BAILLARGEON, Jean-Daniel, M.D., service de gastro-entérologie, CHUS
BÉNARD, François, M.D., service de médecine nucléaire, CHUS
BLACKBURN, Pierre, CEGEP de Sherbrooke, représentant du public
BOLDUC, Brigitte, pharmacienne, CHUS
CABANAC, Julien, avocat
CARPENTIER, André, M.D., service d'endocrinologie, CHUS
CLAPROOD, Lise, représentante du publique
CLOUTIER, Sylvie, pharmacienne, CHUS, vice-présidente
CÔTÉ, Daniel-J., département d'anesthésie-réanimation, CHUS, vice-président
CYR, Claude, M.D., département de pédiatrie /néonatalogie, CHUS
de BRUM FERNANDES, Artur J., M.D., service de rhumatologie, CHUS, président
DELISLE, Line, M.D., service d'hémo-oncologie, CHUS
DESROSIERS, Nicole, infirmière, programme de dépistage du cancer du sein, CHUS
DONAHUE, Marie-Josée, infirmière, unités des soins intensifs, CHUS
FROST, Eric, Ph.D., département de microbiologie, CHUS
LEBLOND, Julie, pharmacienne, CHUS
MÉNARD, Père Jean-René, O.S.B., représentant du public
MONTAMBAULT, Paul, M.D., service de néphrologue, CHUS
PARENT, Monelle, Ph.D., philosophe et éthicienne, Université de Sherbrooke
PERRON, Patrice, M.D., service d'endocrinologie, CHUS
SULLIVAN, Monique, Ph.D. (biologie moléculaire), avocate, vice-présidente
VALLÉE, Chantal, M.D., service de médecine interne, CHUS
VÉZINA, Yves, M.D., service de pneumologie, CHUS

Approbation demandée par: Dre Denise St-Cyr-Tribble
Dre Isabelle Reeves

Approuvé en réunion plénière ☒

Approuvé par la présidence ☐

☒ Protocole complet: v. reçue le 17 septembre 2002

☐ Formulaire de consentement:

☐ Amendement #

☐ Autre:

Brochure de l'investigateur fournie pour l'évaluation:

Titre du protocole CRC # 02-88

Pratique avancée en soins infirmiers d'urgence: enquête québécoise.

13 novembre 2002

Signé par:

Artur J. de Brum-Fernandes M.D.
Président du Comité

Date

La présente approbation est valide pour une période de 12 mois.

A la fin de cette période, l'approbation deviendra caduque à moins que le chercheur principal ne fasse un rapport de suivi, et éventuellement une demande de renouvellement, sur le formulaire qu'il recevra. Pour toute modification au protocole, le chercheur doit faire une demande d'approbation sur le formulaire CRC/RC3 (disponible au CRC).

Il est rappelé à l'investigateur principal:

- qu'il doit rapporter au Comité tout problème majeur intervenant dans la réalisation du protocole;
- qu'il doit rapporter aux sujets participant aux recherches tout résultat ou information susceptibles de modifier leur consentement;
- qu'il doit remettre au sujet une copie du formulaire de consentement identique à l'original signé par celui-ci;
- que tous les patients ou sujets sains participant à un projet de recherche doivent avoir un dossier au CUSE.



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

Le 19 décembre 2002

Madame Manon Fabi
Conseillère à la Direction du développement
et du soutien professionnel
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
Montréal

**Objet : *Soutien à votre projet d'étude portant sur l'infirmière praticienne
d'urgence au Québec***

Madame,

J'ai pris connaissance de votre projet de recherche effectué dans le cadre de vos études à la maîtrise en sciences cliniques (sciences infirmières), projet que j'ai trouvé fort intéressant et très pertinent dans le contexte actuel de réorganisation des services de santé et d'urgence de nouveaux rôles infirmiers, particulièrement en soins d'urgence.

L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec souscrit au développement de la profession et soutient généralement les étudiantes dans leur projet d'études en octroyant des bourses de premier, deuxième et troisième cycles ainsi que des bourses de soutien à la rédaction. Je vous invite, si cela vous intéresse, à formuler votre demande à la Fondation de recherche en sciences infirmières du Québec.

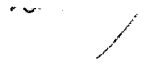
Ainsi, vous comprendrez que l'Ordre ne peut acquiescer à votre demande à titre d'étudiante. Toutefois, l'Ordre est disposé en tant qu'employeur à soutenir vos efforts de développement professionnel et accepte votre demande en assumant les coûts de frais postaux associés à l'envoi de votre questionnaire. Cette contribution ne pourra cependant excéder le montant de 400 \$.

Par ailleurs, l'Ordre souhaiterait obtenir une copie de votre rapport de recherche ou de mémoire de maîtrise, une fois que celui-ci sera terminé, afin de le déposer au Centre de documentation de l'OIIQ pour offrir une plus large consultation et faire bénéficier vos collègues de travail des résultats de vos travaux.

.../2

En espérant que ce soutien financier et la collaboration du personnel de l'Ordre puissent contribuer à la réussite de vos études, veuillez accepter, Madame Fabi, mes plus sincères encouragements et mes Meilleurs Vœux à l'occasion des Fêtes.

La secrétaire générale,


Diane Saulnier
DS/gq

c.c. : Madame M. Hénault, registraire
Madame L. Cantin, secrétaire générale adjointe et
directrice du développement et soutien professionnel